CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Lugar de realización: MEDELLIN CENTRO PALACE / Cll 53 N 49 109 loc 200

Dando cumplimiento a la Resolución 1843 del 2025 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.



INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA	PARTICULAR MEDICINA		**EMPRESA USUARIA**		
NIT	111111111	**DIRECCIÓN EMPRESA**	Crr 49 n 49 24		
TELÉFONO	4481044	**CIUDAD / DEPARTAMENTO**	Medellin / Antioquia		
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7010:Actividades de administración empresarial				

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

APELLIDOS Y NOMBRES	MAURICIO MEJIA VALENCIA					**EDAD**	36 Años
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC 1026138438	**GENERO**	MASCULINO	**HIJOS**		**ESCOLARIDAD**	POSTGRADO
DIRECCIÓN	LA ESTRELLA		**CELULAR**	3147479730	**CORREO**	maumejiavalencia@gmail.com	
EPS	SURA EPS			**IMC**	18.04	**HEMOCLASIF.**	O +
ARL	NINGUNA		**AFP**	COLPENSIONES			

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO / OCUPACIÓN	ANALISTA DIGITAL	**FECHA**	2026-09-02	**HORA INGRESO**	

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: PREINGRESO	**CONCEPTO:** CUMPLE PARA EL PERFIL DEL CARGO	
TIPO DE RESTRICCIONES: NO APLICA	**AREA DE LAS RESTRICCIONES:** NINGUNA	**CERTIFICADOS ADICIONALES:** NINGUNO
MOTIVO: NO APLICA	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO:** NINGUNA	

APTITUD DE TAREAS

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

EXÁMENES: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO; EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL

ÉNFASIS: ENFASIS OSTEOMUSCULAR

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL)
La agudeza visual de lejos y de cerca se encuentra dentro de rangos funcionales

MÉDICAS PERSONALES
Se informa asistir o continuar en controles preventivos por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud, valoración con la nutricionista por su índice masa corporal. Se le recomienda seguir indicaciones para aumentar de peso y mejorar hábitos de alimentación, como informa el médico tratante

CONDUCTAS - CONDUCTAS RESTRICTIVAS:
NINGUNA

CONDUCTAS - CONDUCTAS PREVENTIVAS:
• Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
• Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.

CONDUCTAS - RECOMENDACIONES AL PERFIL DEL CARGO:
NINGUNO / NO APLICA

OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR):
El trabajador debe cumplir los procedimientos de trabajo seguro, participar en las actividades del SG-SST y usar estrictamente la dotación y Elementos de Protección Personal (EPP) asignados. Debe aplicar las normas de autocuidado preventivo (higiene postural, manejo seguro de cargas y desplazamientos).

OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR):
Resultados de la Evaluación según Protocolo de Evaluación Funcional Osteomuscular Dinámica (PEFOD); NO se evidenció hallazgos de patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales

OTRAS OBSERVACIONES:
Ninguna

OBSERVACIÓN ÁREA DE VACUNACIÓN:
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para sars cov-2.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** C, E
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISIÓN Y CONTROLES POR SU EPS	NUTRICIONISTA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

FIRMAS

LIBARDO DE JESUS GOMEZ ARIAS RM: 6863 L.S.O.2022060149984/2032 C.C. 19245024 Médico Evaluador	**MAURICIO MEJIA VALENCIA** CC 1026138438 Trabajador Evaluado

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

• Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.
• Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 1843 del 2025 artículo 18), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.
• Según lo contemplado en las Resolución 1843 del 2025 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.

La información incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clínica ocupacional. | Impreso: 2026-09-02 18:44:05

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	MAURICIO MEJIA VALENCIA	**Identificación:**	CC: 1026138438
Fecha de Nacimiento:	1989-09-23	**Edad:**	36
Género:	M	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	POSTGRADO
Estrato:	4	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	LA ESTRELLA	**Teléfono:**	3147479730
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	ANALISTA DIGITAL
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN CENTRO PALACE
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS			

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**campoadicional1**	
campoadicional2		**CARGO**	
PROFESION			

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO	**OBSERVACIONES**	

EN LA EMPRESA ACTUAL

ILUMINACION DEL TRABAJO	NORMAL	**USO DE PROTECCION VISUAL**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	SI
OBSERVACIONES	CX REFRACTIVA AO EN 2023		

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	NO	**ULTIMO CONTROL VISUAL**	MENOS DE 6 MESES
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO APLICA	**ADICION O.D.**	
ADICION O.I.			

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/20	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	20/20	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	20/20	**CON CORRECCION AO**	

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	0.5M	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	0.5M	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	0.5M	**CON CORRECCION AO**	

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL
OBSERVACIONES			

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL
OBSERVACIONES			

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 15/15	**ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO**	40 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES			

MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST LEJOS	NORMAL	**COVER TEST CERCA**	NORMAL
PPC	NORMAL	**REFLEJOS PUPILARES**	NORMAL
OBSERVACIONES	NORMAL		

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO		**OJO IZQUIERDO**	
OBSERVACIONES			

REFRACCION

RETINOSCOPIA

OJO DERECHO	NEUTRO	**OJO IZQUIERDO**	NEUTRO
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20

SUBJETIVO Y AFINACIONES

OJO DERECHO	NEUTRO	**OJO IZQUIERDO**	NEUTRO
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20
ADD OD		**ADD OI**	
AVP OD	0.5M	**AVP OI**	0.5M

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Z010: Examen de ojos y de la visión	**TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL**	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
DIAGNOSTICO 1		**TIPO DIAGNOSTICO 1**	
DIAGNOSTICO 2		**TIPO DIAGNOSTICO 2**	
DIAGNOSTICO 3		**TIPO DIAGNOSTICO 3**	
CONCEPTO	NORMAL		

OBSERVACIONES DE LA PRESCRIPCION OPTICA

CORRECCION OPTICA	NO REQUIERE		

EVOLUCION

EVOLUCION			

RECOMENDACIONES

REMISION

OFTALMOLOGIA		**OBSERVACIONES**	
CONTACTOLOGÍA		**OBSERVACIONES**	
ORTÓPTICA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	
NINGUNO	1		

GENERALES

USO DE CORRECCIÓN OPTICA		**OBSERVACIONES**	
LUBRICANTE OCULAR		**OBSERVACIONES**	
CONTROL ANUAL	1	**OBSERVACIONES**	ESTADO VISUAL NORMAL, SE SUGIERE CONTROL ANUAL
TRATAMIENTO OPTICO		**OBSERVACIONES**	
HIGIENE PALPEBRAL		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CONFIRMATORIA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CORRECCION OPTICA ACTUALIZADA O EN USO		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA DE PERCEPCION CROMATICA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CONCEPTO Y RESULTADOS DEL ESPECIALISTA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	
VALORACION COMPLEMENTARIA OPTOMETRIA	La agudeza visual de lejos y de cerca se encuentra dentro de rangos funcionales	**TEST DE COLORES COMPLEMENTARIO**	

RESULTADO CAMPIMETRIA

RESULTADO			

CONTROLES

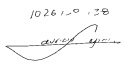
MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	1		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.





Firma: _____
Nombre: LUIS EDUARDO CHACUA MAZABEL
R.M. / TP: 1014293733-20

Firma: _____
Nombre: MAURICIO MEJIA VALENCIA
Documento: CC 1026138438