SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

NIt. 900157744 - 0

Direcciòn: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3

Tel: 6016264247-6017029935-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 9

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ○	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **23/05/2026 10:56:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS**

Cargo **SALUD PUBLICA** Doc. Identidad **CC 53130691**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 VISIOMETRIA	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ⊗	NO ○	ARL	SI ○	NO ○	EPS NUTRICION	SI ⊗	NO ○

SIN RESTRICCIONES FISICAS PARA EL CARGO

DIETA SANA, HACER EJERCICIO, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACER PAUSAS ACTIVAS, USAR EPP SEGÚN REQUIERA, LAVADO DE MANOS,

HACER INDUCCION CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL

USO DE BLOQUEADOR SOLAR

INFORMACION A LA EMPRESA SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE LE LIMITE TRABAJAR

Dra. Karen M. Valeta L.
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Reg. Tsa C.C. 1.007.574.207

KAREN MARCELA VALETA LUNA
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Trabajador: YOHANNA MARCELA HERNANDEZ
CC 53130691

Scanned with CamScanner

SANTA ELENA SAS

SERVICIOS MEDICOS INTEGR[illegible]

Nit. 900157744 - 0

Dirección: CL 27 SUR 19 19 P 1 P 2 CS 201 CS 203 P 3

Tel: 6016264247-6017029935-3183832985-3115117029-3002717331 NIT 9

VISIOMETRÍA Fecha examen: **23/05/2026**

Doc. Identidad **CC 53130691** Nombre **YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS** Fecha Nacimiento. **27/08/1985**

Entidad **PARTICULAR** Edad **40 años** Ocupación **138**

H.C No | Ingreso (X) | Periódico ( ) | Retiro ( ) | Caso Ocupacional ( ) | Reubicación ( )

Post incapacidad ( ) | Trabajo en alturas ( ) | Control ( ) | Ingreso al SVE ( )

Empresa **ING 2026** Cargo **EMPLEADO** Antiguedad del cargo

Fondo de Pensión EPS **FAMISANAR** ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual **24 MESES** Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL (X) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )

Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?

Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos (X) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )

Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )

Antecedentes personales y/o familiares PACIENTE VIENE POR DES APLAZAMIENTO TRAE GAFAS ACTUALIZADAS HACE 09 MESES Y SE REALIZA LENSOMETERIA

AGUDEZA VISUAL

	CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD		20/25	0.5 M		20/70	2 M
OI		20/25	0.5 M		20/30	1 M
AO						

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD	-2.00		*	
OI	-2.00		*	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	(X)	(X)
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **EXO** HISHBERG: **CENTRADO**

Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC: **NORMAL**

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	NORMAL	NORMAL
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	NORMAL	NORMAL

INTERPRETACION

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	(X)	(X)
Gafas no formuladas	( )	( )

IMPRESION DIAGNOSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )

Otros:

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )

Control Visiometría ( )

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNOSTICOS (Código - Enfermedad)

H521 MIOPIA CORREGIDA

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

RECOMENDACIONES

SE LE4VANTA APLAZAMIENTO USO OBLIGATORIO DE LENTES PERMANENTES PARA SU LABOR Y EXAMEN PERIODICO ANUAL

OBSERVACIONES

SE LE4VANTA APLAZAMIENTO USO OBLIGATORIO DE LENTES PERMANENTES PARA SU LABOR Y EXAMEN PERIODICO ANUAL

JOHN JAIRO BAQUERO CASTRO

Especialidad: OPTOMETRA OCUPACIONAL

CC: [illegible]

Scanned with CamScanner