.
NIT 4519760-3 - Responsable de IVA
CLL 50 # 47 -18 MEDELLIN - COLOMBIA • Medellin
Tels: 6043580456 - 3104142270

HISTORIA DE OPTOMETRÍA No. 9660

Fecha : 2026-09-09 - 17:39:53

Paciente: **LEONARDO ALBERTO PARRA TABORDA**
No.Id: **1041149320**

Datos del paciente

Nombre: **LEONARDO ALBERTO PARRA TABORDA**
No. ID: **1041149320**
Fecha de nacimiento: **1992-09-15**
Edad: **33 años**
Entidad/Motivo: **Anuncio Publicitario**
Sexo: **Masculino**
Lugar de residencia: **Medellín, Antioquia**

Profesión: **EMPLEADO PUBLICO**
Hobbies: **N/A**
Teléfonos: **3126560956**
E-mail: **leoapt55@gmail.com**
Tipo de régimen: **No registra**
Estado civil: **Casado**
Aseguradora/EPS: **EPS SURA**

Último control: **MENSUAL**
Acompañante y/o Acudiente:
Parentesco:
Tel. Acompañante y/o Acudiente:
Dirección: **BELEN**
Tipo de vinculación: **No registra**

Antecedentes:

PERSONALES: No reporta
LABORALES: No reporta
HÁBITOS: No reporta
FAMILIARES: No reporta

Fecha del examen: **2026-09-09** Optómetra: **DIDIHER MATURANA RENTERIA** TP:

Motivo de consulta: CONTROL VISUAL - EXAMEN INGRESO LABORAL

Sintomas: No reporta

Agudeza Visual

Tipo de AV **SNELL**

AVSC	VL	VP	PH
Ojo derecho	**20/20**	**J1**	
Ojo Izquierdo	**20/20**	**J1**	

AVCC	VL	VP	PH
Ojo derecho			
Ojo Izquierdo			

Observaciones: No reporta

.
NIT 4519760-3 - Responsable de IVA
CLL 50 # 47 -18 MEDELLIN - COLOMBIA • Medellin
Tels: 6043580456 - 3104142270

HISTORIA DE OPTOMETRÍA No. 9660

Fecha : 2026-09-09 - 17:39:53

Paciente: **LEONARDO ALBERTO PARRA TABORDA**
No.Id: **1041149320**

Examen Externo

Estructura	Ojo Derecho (OD)	Ojo Izquierdo (OI)
Pupila	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
Iris	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
Párpado	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
P. Lagrimal	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
Conjuntiva	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
Córnea	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
Cristalino	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
C. Anterior	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
Esclera	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES

Oftalmoscopía

Estructura	Ojo Derecho (OD)	Ojo Izquierdo (OI)
Úvea	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
Vítreo	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
Retina	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	SIN ALTERACIONES EVIDENTES

Queratometría	Plano	Curvo	Eje	Descripción miras
Ojo derecho	42.50	43.00		
Ojo izquierdo	42.75			
Dominancia	Ojo			Mano

Test de color:

Ojo derecho: NORMAL.
Ojo izquierdo: NORMAL.

Ducciones:

Ojo derecho: NORMAL.

Ojo izquierdo: NORMAL.

Retinoscopía

ESTÁTICA	Esfera	Cilindro	Eje	AV	Descripción sombras
Ojo derecho	**0.00**	**-0.25**	**180**		
Ojo izquierdo	**0.00**	**-0.25**	**10**		

.
NIT 4519760-3 - Responsable de IVA
CLL 50 # 47 -18 MEDELLIN - COLOMBIA • Medellin
Tels: 6043580456 - 3104142270

HISTORIA DE OPTOMETRÍA No. 9660

Fecha : 2026-09-09 - 17:39:53

Paciente: **LEONARDO ALBERTO PARRA TABORDA**
No.Id: **1041149320**

ESTEREOPSIS

Resultado

Tipo **TITMUS**

Fórmula final

	Esfera	Cilindro	Eje	Prisma	Base	A.V
Derecho	**0.00**	**0.00**	**0**	**0.00**		**20/20**
Izquierdo	**0.00**	**0.00**	**0**	**0.00**		**20/20**

Diagnóstico:

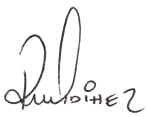
Ojo derecho: Z010 Examen de ojos y de la vision.
Ojo izquierdo: Z010 Examen de ojos y de la vision.

SUCESO DE SEGURIDAD PRESENTADO: No se presentó ningun evento adverso.
MUJER O MENOR VÍCTIMA DE MALTRATO: No.
VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL: No.

Tipo de lente	Próximo control	Tipo de control	
NO RX	2027-09-09		
Recomendaciones de uso	**Observacion**	**DNP OD**	**DNP OI**
CONTROL EN UN AÑO			

Conducta:

No reporta.



DIDIHER MATURANA RENTERIA TP:

COMPANY HEALTH S.A.S.
NIT: 900.861.108 – 5
Dirección: Diagonal 50 # 49 – 84 Piso 4, Edificio Colpatria
Teléfono: 604 4181810
Cel: 310 398 6466
Correo: comercial@companyh.co
Medellín



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.000

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	02 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
ALCALDIA MUNICIPAL DE VENECIA	ALCALDIA MUNICIPAL DE VENECIA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PARRA TABORDA LEONARDO ALBERTO	MASCULINO	31 AÑOS 4 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	1041149320 (Número)

Cargo	Eps	Afp	Arl
COORDINADOR DE GESTION DE RIESGO	SURA	PROTECCION	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO.

Observaciones: .

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO PSICOFÍSICO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN EL EXAMEN ESTÁTICO Y DINÁMICO DE LA COLUMNA Y DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR A NIVEL DE LOS DIFERENTES SEGMENTOS, NO SE EVIDENCIAN ATROFIAS NI LIMITACIONES DE LA MOVILIDAD, SE RECOMIENDA REALIZAR LA CAPACITACIÓN CONTINUA PARA EL ADECUADO MANEJO DE CARGAS Y DE POSTURAS EN EL TRABAJO PARA PREVENIR PATOLOGÍAS OSTEOMUSCULARES.
SI PERMANECE LA MAYORÍA DE LA JORNADA LABORAL EN LA MISMA POSTURA, SE RECOMIENDA EL USO DE MEDIAS DE GRADIENTE DE PRESIÓN.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



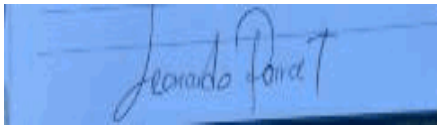
Firma:

Nombre: OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER

R. M.: 05200803 **L.S.O.:** 104471

Código de Seguridad
Z1412F1L24000

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: PARRA TABORDA LEONARDO ALBERTO

CC: 1041149320