

### CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

<b>CERTIFICADO MEDICO DE:</b>	INGRESO	<b>FECHA DEL EXAMEN:</b>	30/07/2025
<b>CIUDAD:</b>	SANTIAGO DE CALI	<b>DEPARTAMENTO:</b>	VALLE DEL CAUCA
<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>	DANIEL ALEXANDER MURILLO OCORO	<b>C.C:</b>	1151446372
<b>EDAD:</b>	33 AÑOS	<b>SEXO:</b>	MASCULINO
<b>TALLA:</b>	17 Cm	<b>PESO:</b>	100 Kg
<b>EMPRESA CONTRATANTE:</b>	PARTICULAR	<b>EMPRESA USUARIA:</b>	PARTICULAR
<b>CARGO:</b>	CONDUCTOR	<b>ESTADO CIVIL:</b>	CASADO
<b>EPS:</b>	SURA	<b>ARL:</b>	POSITIVA



PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA(P.V.E)									
Auditivo	NO	Visual	NO	Osteomuscular	SI	Quimico	NO	Respiratorio	NO
Cardiovascular	NO	Psicosocial	SI	Biologico	NO	Radiaciones ionizantes	NO	Manejo de voz	NO
Otro	NO								

No.	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	NORMAL/ANORMAL
1	EVALUACIÓN FLEXIBILIDAD DORSO LUMBAR	Normal
2	EVALUACIÓN FLEXIBILIDAD LUMBO SACRO	Normal
3	EVALUACIÓN ROTACIÓN - FLEXIÓN DE COLUMNA	Normal
4	LASEGUE - RADICULOPATIAS	Normal
5	PESO	Anormal
6	LIMITACIÓN FUNCIONAL	Normal

EXAMENES COMPLEMENTARIOS					
AUDIOMETRÍA	30/07/2025	O.D	NORMAL	O.I	NORMAL
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: CONTROL ANUAL,					
VISIOMETRIA	30/07/2025	ALTERACION VISUAL	NO	VALORACION OPTOMETRA	NO
PSICOSENSOMETRIA	30/07/2025	APLICA SEGUN LOS ESTANDARES ESTABLECIDOS.			

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
CONDUCTA
VALORACION Y CONTROL MEDICO EN LA EPS VALORACION POR NUTRICION DE LA EPS PLAN DE ALIMENTACION, EJERCICIO
RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA SANA, ACTIVIDAD FISICA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION.
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL, EDUCAR EN RIESGOS DE SU LABOR
La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo regulado (Resolucion 2346 del 2007. Resolucion 1918 del 2009).



Dr.RICARDO CHAVARRO POLANCO  
L.S.O.1608/2024 R.M.16388

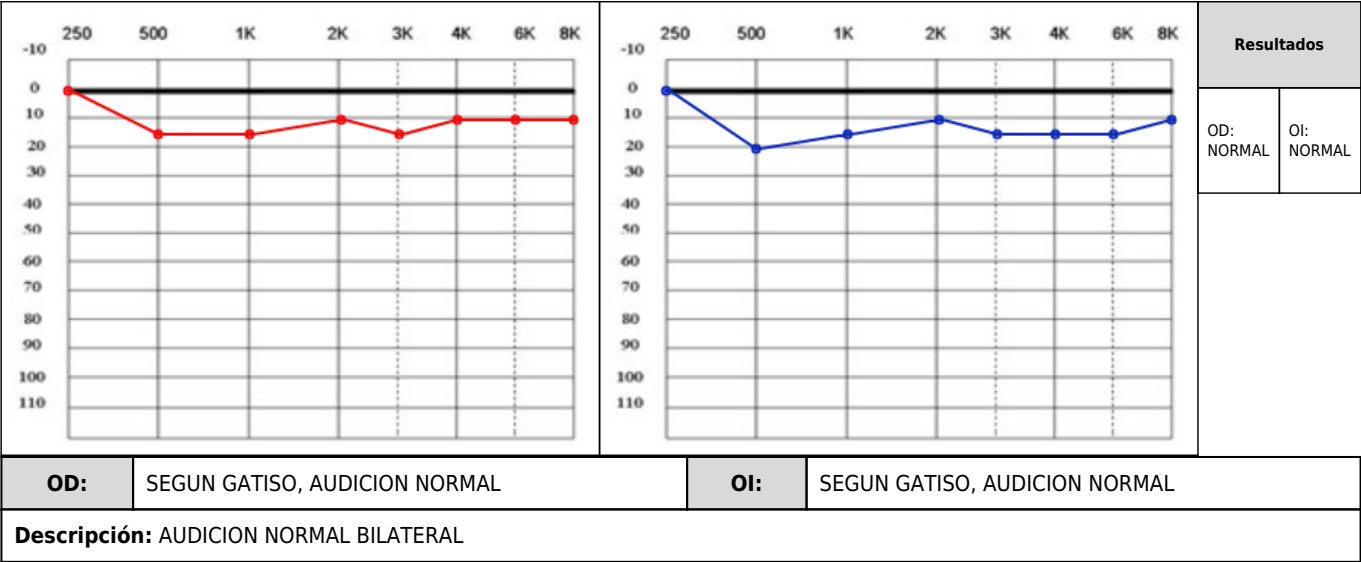


\_\_\_\_\_  
Firma Del Medico Ocupacional

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

**Declaración del trabajador:** Certifico que la información que he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato; igualmente certifico que he comprendido el propósito, beneficios e interpretación de mi examen medico y resultados para clínicos.

VIA	OIDO DERECHO								OIDO IZQUIERDO							
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
ÁREA		15	15	10	15	10	10	10		20	15	10	15	15	15	10
ÓSEA																
Reposo Auditivo:									Prebiacusia:							



OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

		CONTROL ANUAL
Otras Observaciones		
Dr. ESTEBAN CAMILO GOMEZ IZQUIERDO		
76-0810		
Firma del profesional que realizo la audiometria	Firma del Paciente	



# VISIONOMETRIA

GESTION ASISTENCIAL

Codigo:F-005  
Version:002  
Emision:Mayo/18  
Pagina 1 de 2

Empresa Contratante	PARTICULAR	Empresa Usaria	PARTICULAR
Ciudad	SANTIAGO DE CALI	Fecha	30/07/2025
Examen de		INGRESO	

## I. DATOS E IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre(s) y Apellidos	DANIEL ALEXANDER MURILLO OCORO	Tipo de documento	C.C	No. Documento	1151446372	Sexo	MASCULINO
Fecha de nacimiento	24/06/1992	Edad	33	Lugar de nacimiento	SANTIAGO DE CALI	Antigüedad	0
Fecha de ingreso	30/07/2025	Cargo a Desempeñar	CONDUCTOR	Sección			

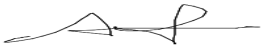

## IV. EVALUACIÓN VISUAL

	O.D	20/20	
	O.I	20/20	
	A.O		

Interpretación	Normal o alterado
Estado motor	NORMAL
Estereopsis	NORMAL
Vision Del Color	NORMAL

RESULTADO	Alteración Visual:	NO
RECOMENDACIÓN	Valoración Por Optometria:	NO

Conducta
----------

	
Dr. ANDREA GUEVARA FLOREZ	
REG. 3489	
Profesional que realizo visiometria	Firma del Paciente

No Orden:	250730012	Médico:	ABC OCUPACIONAL
Paciente:	DANIEL ALEXANDER MURILLO OCORO	Género:	MASCULINO
Identificación:	1151446372	Fecha/Hora ingre:	2025-07-30
Edad	33 Años	Fecha/Hora imp:	2025-07-30
Fecha N:	24/6/1992	Observaciones:	

EXAMEN	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
--------	-----------	------------------

## ALCOHOL SALIVA



NEGATIVO

Tipo de muestra saliva

Método: Inmunocromatografía.

Nombre: GLADYS ASPRILLA HINESTROZA  
BACTERIOLOGA TP 760907



<b>No Orden:</b>	250730011	<b>Médico:</b>	ABC OCUPACIONAL
<b>Paciente:</b>	DANIEL ALEXANDER MURILLO OCORO	<b>Género:</b>	Masculino
<b>Identificación:</b>	1151446372	<b>Fecha/Hora ingre:</b>	2025-07-30
<b>F. nacimiento:</b>	24/06/1992	<b>Fecha/Hora imp:</b>	2025-07-30
<b>Edad:</b>	33 Años		

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALOR REFERENCIA
--------	-----------	----------	------------------

**MULTIDROGA PANEL X 2**

**Tipo de Muestra: Orina**

COCAINA	NEGATIVO
MARIHUANA	NEGATIVO

Valor de Referencia: Negativo no se encuentra Drogas en el cuerpo el nivel está por debajo de los límites de linealidad.

Técnica: Inmunocromatográfica



Nombre: GLADYS ASPRILLA HINESTROZA  
BACTERIOLOGA TP 760908

