



CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL
Gestion Asistencial
L.S.O 110 febrero 13 de 2023
Nit 900521335-2

Carrera 44 # 6 B - 65 Tequendama
Tel: 387 24 38 - 305 333 46 73

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Certificado de aptitud laboral de: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

Fecha de atencin: 23/03/2024
Nombre del trabajador: VELASQUEZ LOZADA ALBERTO
Cedula: 1107063969
Empresa: INDEPENDIENTE
Cargo: INDEPENDIENTE
rea / Seccin: OPERATIVO

Edad: 33



CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

CON ALTERACIONES QUE NO INTERVIENEN PARA SU TRABAJO

RECOMENDACIONES

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA POR 5 MINUTOS CON ESTIRAMIENTOS MUSCULARES Y ARTICULARES. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. ADOPTAR BUENA POSTURA. LLEVAR ESTILO DE VIDA SALUDABLE. EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA Y ALIMENTACION SANA.

SEGURIDAD VIAL: APTO PARA CONDUCIR.

RESTRICCIONES

NINGUNA

CONDUCTAS

OPTOMETRIA	.
OPTOMETRIA	CONTROL ANUAL DE OPTOMETRIA EN EPS
MEDICA	CONTROL POR NUTRICIONISTA EN EPS.
MEDICA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ANUAL

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

APTITUDES POR EXAMENES PRACTICADOS

EXAMEN	APTITUD	RECOMENDACIONES
AUDIOMETRIA	AUDITIVAMENTE SIN RESTRICCIONES	USO DE PROTECTOR AUDITIVO EN EXPOSICION A RUIDO
OPTOMETRIA	SIN RESTRICCIONES CON LENTES DE CORRECCION POR PRIMERA VEZ	LENTE DE CORRECCION VISUAL DE USO OCASIONAL

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

AUDITIVO (no) *** VISUAL (si) *** RESPIRATORIO (no) *** OSTEOMUSCULAR (si) *** DERMATOLOGICO (no) *** CARDIOVASCULAR (si) *** Otro: PSICOSOCIAL


Meryn Chung Molina

Medico Esp SST
RM 1140.844.784
Lic SST 4255 de 19/08/2022

Firma y registro medico ocupacional

Firma y cedula del trabajador



3053334673 lps.soa@hotmail.com Cali - Valle del cauca

lps salud ocupacional asesores sas

Nit 900 521 335-2

Carrera 44 #6B-65 Barrio Tequendama

REPORTE EXAMEN No 244

Fecha Sat Mar 23 09:18:25 COT 2024
Tipo Documento CC



Identificacion 1107063969
Nombre ALBERTO VELASQUEZ
Direccion CALLE 3 D # 77-11
Grupo Sanguineo y RH O+

Examen de aptitudes fisicas y coordinacion motriz

Item

Atencion Concentrada y resistencia a la monotonia

Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR)

Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)

Numero de errores

Reacciones Multiples

Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)

Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)

Numero de errores

Reacciones al frenado

Promedio reaccion al frenado

Anticipacion a la Velocidad

Tiempo medio de desviacion (Vel 1)

Tiempo medio de desviacion (Vel 2)

Coordinacion Bimanual

Tiempo total en el error (TTE)

Porcentaje de Error Sobre el Recorrido

Numero de errores

Rango

Valor

Max 0,72 Seg

0.58

Max 0,64 Seg

0.58

Max 3 Errores

0.0

Max 0,49 Seg

0.33

Max 0,45 Seg

0.33

Max 3 Errores

0.0

Max 0.55 Seg

0.63

<= 0.35 Seg

0.28

<= 0.63 Seg

0.28

Max 48 Seg

0.0

Max 80%

0.0

Max 28 Errores

0.0

Observaciones

PACIENTE CON HABILIDADES MOTRICES ADECUADAS PARA CONDUCIR

ESTADO EXAMEN : APTO

Diana Marcela Chilito C
C.C. 1061718002
T.P. 186012

Firma Evaluador

Firma del Evaluado

Declaro bajo la gravedad de juramento que he participado en todo el proceso de certificacion de conductores y que la informacion suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial medico o diagnostico clinico, corresponden estrictamente apegos a la verdad.

Declaro que he recibido a conformidad el certificado expedido por el centro de reconocimiento de conductores y que no presentare declaraciones relativas a la certificacion diferentes del alcance para el cual se otorgo la certificacion.

Cludad: Cali

Fecha: 23/03/2024

☒ Ingreso ☐ Periodico ☐ Egreso

Empresa: Independiente

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos: Alberto Velazquez

No. de Identificación: 7.107063969 de Cali Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento: 26-Feb-91 Edad: 35 Fecha Ingreso: dd/mm/aaaa Antigüedad: aa,mm

Nombre del cargo actual o a desempeñar: Conductor Seccion:

2. ANTECEDENTES LABORALES

Empresa	Cargo	Tiempo	Seguimiento audiológico	Tiempo de exposicion	Uso P.A
		aa,mm			
		aa,mm			
		aa,mm			

E.P.A. ☐ Si ☒ No

Uso de E.P.A. ☒ Nunca ☐ Irregular ☐ Regular

Tipo de E.P.A. ☐ Anatomico ☐ Copa ☐ Tapon ☐ Desechable

3. ANTECEDENTES

A. Personales

Exposicion extralaboral

Sintomas

T.C.E. severo ☐ Otitis ☐ Sarampion ☐ Fliar sordera ☐ Sapo / Tejo ☐ Poligonos ☐ Otalgia ☐ Tinitus ☐

H.T.A. ☐ Trauma ☐ Rubeola ☐ Ototoxicos ☐ Servicio Militar ☐ Walkman ☐ Prurito ☐ Vertigo ☐

Diabetes M. ☐ Cirugia oido ☐ Sifilis ☐ T.B.C. ☐ Discoteca ☐ Caza ☐ Otorrea ☐ Otros ☐

Paralisis Facial ☐ Meningitis ☐ Parotiditis ☐ Otros ☐ Moto ☐ Explosiones ☐ Otorragia ☐

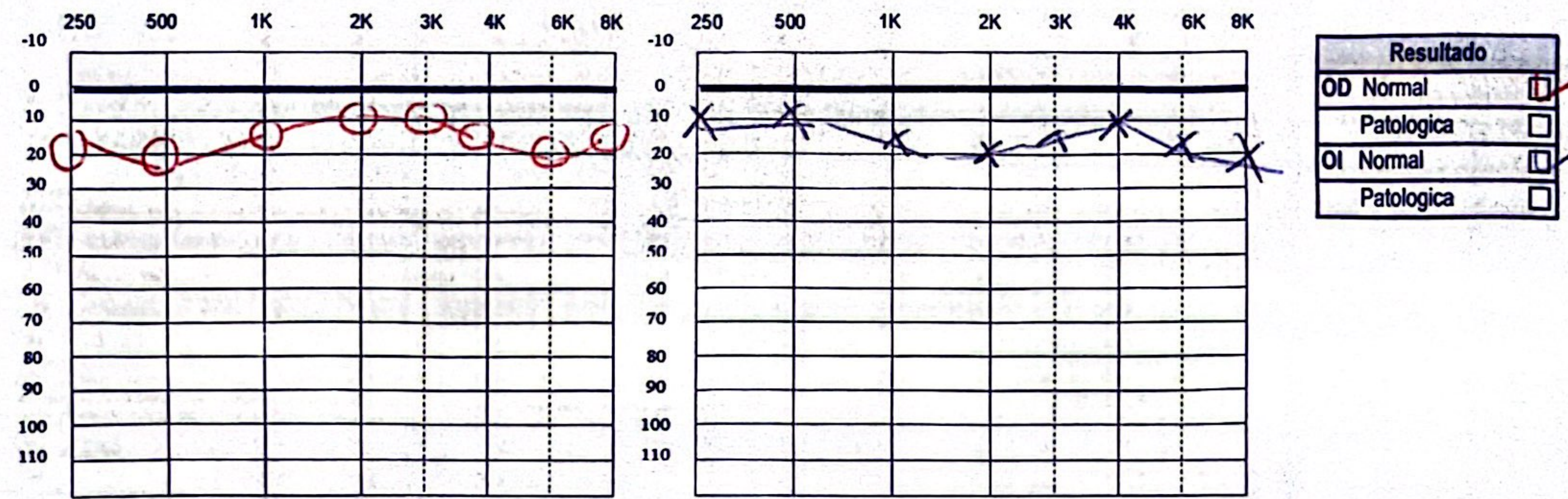
Otoscopia Normal bilateral

4. RESULTADOS AUDIOMETRICOS FRECUENCIAS HZ

VIA	OIDO DERECHO								OIDO IZQUIERDO							
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
AREA	20	20	15	10	10	15	20	15	10	10	15	20	15	10	15	20
OSEA																

Reposo auditivo h

Presbiacusia



5. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Glicerina carbonatada ☐ Cambiar E.P.A. por deterioro ☐ Remision ORL ☐

Lavado de oido ☐ Cambiar E.P.A. de mayor atenuacion ☐ Control anual ☒

Educacion uso E.P.A. ☐ Repetir audiometria con reposo ☐ Control semestral ☐

Usar E.P.A. en exposicion a ruido ☐ Realizar audiometria clinica ☐

Otras observaciones Audicion Normal bilateral.

Karen J. Vargas

Firma Fonoaudiologo y Registro

Firma y cédula del paciente



OPTOMETRIA

Codigo: F-005

Version: 001

Emisión: JUN 2012

Pagina: 1 de 1

GESTION ASISTENCIAL

Ciudad: Fecha: 23 Mayo 2024

☐ Ingreso ☐ Periodico ☐ Egreso

Empresa:

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos: Alberto Velasquez

No. de Identificación: 1107063969

de

Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Fecha ingreso:

dd/mm/aaaa

Antigüedad:

años, meses

Nombre del cargo actual o a desempeñar:

Sección:

2. ANTECEDENTES LABORALES

Factores de riesgo visual

Patallas de visualización ☒ Alta exigencia visual ☒ Radiaciones(calor) ☐
Iluminación inadecuada ☐ Gases, vapores, humos ☐ Líquidos Irritantes ☐
Material Particulado ☐ Proyección de partículas ☐ Otros ☐

Frecuencia de uso protección visual

Nunca ☐ Según exposición ☐
Ocasional ☐ Siempre ☐

3. ANTECEDENTES

Personales		Síntomas visuales		Uso de lentes de correccion	
Trastorno Refra.	☐	Cirugía Ocular	☐	Cefalea	☐
Cataratas	☐	Cirugía Refracti.	☐	Disminucion AV	☐
Pterigio	☐	Otros	☐	Fotofobia	☐
HTA	☐	Ninguna	☐	Visión borrosa	☐
				Enrojecimiento	☐
				Ardor	☐
				Prurito	☐
				No usa	☒

4. EVALUACIÓN VISUAL

	VL	ADD	AV	AV VL SC	AV PV SC
Rx en uso	—	—		20/25	0.8u
	—	—		20/25-	0.8u.

Examen externo: Sano Ambos ojos

Estado motor: ☒

Reflejos pupilares: presentes A.O

Oftalmoscopia:

OD FON

OI FON

Visión cromática	Visión estereoscópica	Campo visual	Observaciones
No normal	No normal		

Rx final	Agudeza visual cc
	Agudeza visual cc

5. DIAGNOSTICO

Emetrope ☐ Astigmatismo ☒ Disbalance muscular ☐ Alteración visión de color ☐ Glaucoma ☐ Ambliopia ☐
Miopia ☒ Presbicia ☐ Alteración campo visual ☐ Hiperemia conjuntiva ☐ Catarata ☐ Ojo seco ☐
Hipermetropia ☐ Pterigion ☐ Alteración visión de profundidad ☐ Alteración párpados ☐ Blefaritis ☐ Conjuntivitis ☐

6. CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

Apto visualmente sin lentes de corrección ☐ Se da Rx de lentes de corrección por 1ª vez ☐ Cambio de Rx de lentes de corrección ☐
Apto con lentes de corrección en uso ☐ Lentes de corrección de uso ocasional ☒ Valoración oftalmología ☐
Apto con lentes de corrección por primera vez ☒ Lentes de corrección de uso permanente ☐ Valoración ortóptica ☐

Dra. Monica Bernal

Resolución No. 12547

Firma Optometra y Registro

Firma y cédula del paciente

Calle 5C # 39 - 38 Tel: 387 24 38 - 305 333 4673

ips.soa@hotmail.com