



SANILAB IPS SAS

NIT. 901.216.537-1

carrera 10 A No 6-90 Barrio Algarra 1 - Zipaquirá, Colombia

Cel. 3226051044 - 3226041621 - 3226045352 - 3145904265

E-mail: sanilabipssas@gmail.com

Cuenta de Ahorros Bancolombia # 332-000007-88



N° 14.581

### CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
10	03	2023	ZIPAQUIRÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO					
DÍA	MES	AÑO	Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES					
Nombre de la empresa				Empresa en misión					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PY, Pasaporte)									
MARTINEZ SIERRA JOHN FREDY				Género		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		38 AÑOS 3 MESES * 21 DÍAS		CC	
Apellidos y Nombres				Tipo		Número			
Cargo <b>CONDUCTOR</b>									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA</b>									
Observaciones: <b>NO APLICA</b>									
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:									
AUDIOMETRIA		✓		TRIGLICÉRIDOS		✓			
VISIONOMETRIA		✓		EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		✓			
COLESTEROL		✓		EXAMEN PSICOSENSOMETRICO		✓			
GLICEMIA		✓		-----					
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
			USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES			
			PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR			
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
						DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
SIN RECOMENDACIONES ADICIONALES A LAS YA ESCRITAS, SIN SINTOMATOLOGÍA PARA COVID 19, NI ANTECEDENTES DE CONTACTO ESTRECHO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS O CONFIRMADAS DE CONTAGIO CON COVID 19, NI VIAJES RECIENTES.									
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 voluntario 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
Médico				Aspirante o Trabajador					
Dra. Claudia Murcia R. C.C.35 424 681 R.M. 250094 09 MED ESP SST L.S.O: 250547/22									
Firma: _____				Firma:					
Nombre: MURCIA RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA				Nombre: MARTINEZ SIERRA JOHN FREDY					

OPTOMETRA

*[Handwritten signature]*



Código de Seguridad  
**E811K3Q5795**

PACIENTE

*[Handwritten signature]*

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: REYES GUZMAN WILLIAM NELSON  
R. M.: 1937 L.S.O.:

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: MARTINEZ SIERRA JOHN FREDY  
CC: 80550255

CONCEPTO MEDICO OPTOMETRICAL

*[Faint, mostly illegible text in the main body of the document]*

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

*[Faint, mostly illegible text at the bottom of the page]*



## EXAMEN DE VISIOMETRÍA

Atención N°: 5.795

### DATOS PERSONALES

Fecha: 10/03/2023 Municipio: ZIPAQUIRÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) CC: 80550255 Nombre: MARTINEZ SIERRA JOHN FREDY Edad: 38 AÑOS 3  
 Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: CONDUCTOR Empresa: PARTICULARES  
 Eps: Tipo Evaluación Médica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO  
 Lugar del Último Examen: ZIPAQUIRA Motivo Consulta: CONTROL

### ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO:	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

### PRUEBAS REALIZADAS

#### SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	0.50	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.50	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.50	N/A	NO APLICA		N/A	N/A

#### PERCEPCIÓN AL COLOR

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

#### ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: NORMAL

#### FORIA LATERAL O VERTICAL

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

#### BALANCE MUSCULAR

OJO IZQUIERDO: NORMAL

OJO DERECHO: NORMAL

#### EVALUACIÓN

OBSERVACIÓN: PRESENTA PTERIGION EN OJO DERECHO.

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H110	PTERIGION	DERECHO	COMUN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN	AMBOS	COMUN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

#### CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

#### OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PRESENTA AGUDEZA VISUAL NORMAL EN AMBOS OJOS DE LEJOS Y DE CERCA.



**SANILAB I.P.S. S.A.S.**

**Nit 901.216.537-1**

Cra 10A No. 6-90

Cel: 3226045352 - 3226051044 - 3226041621 - 3145904265

Zipaquirá - Cundinamarca

Consulta resultados OnLine: [www.sanilabips.com.co](http://www.sanilabips.com.co)

Fecha: 11/03/2023

11:30

SEDE: Principal

Página: 1

Paciente: JOHN FREDY MARTINEZ SIERRA

Recepción: 42893

Edad: 38 A Sexo: Masculino Código Pac.: 80550255

Fecha recepción: 10/03/2023 11:13

F.Nac: 18/11/1984

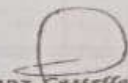
Teléfonos: 323396865

Médico: No Asignado

Empresa: Particular

Parámetro	Resultado	Valores de referencia
Química		
Colesterol total sérico	175 mg/dl	100 a 200 mg/dl F. Reportado: 11/03/2023 08:58
Glucosa sanguínea	88 mg/dl	70 a 100 mg/dl F. Reportado: 11/03/2023 08:55
Triglicéridos sérico	121 mg/dl	60 a 150 mg/dl F. Reportado: 11/03/2023 08:56

Técnica : Colorimetría

  
Jenny Castellanos S.  
FARMACIA QUÍMICA S.A.S.  
BIOQUÍMICO  
C.C. No. 35421391

**REPORTE EXAMEN No 58**

Fecha: Fri Mar 10 12:08:38 COT 2023  
 Tipo Documento: CC  
 Identificación: 30550255  
 Nombre: JOHN FREDY MARTINEZ SIERRA  
 Dirección: CRA 20 # 1-40  
 Grupo Sanguíneo y RH: O+



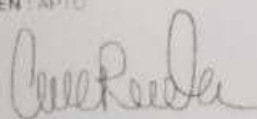
Examen de aptitudes físicas y coordinación motriz.

Item	Rango	Valor
<b>Atencion Concentrada y resistencia a la monotonía</b>		
Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR)	Max 0.72 Seg	0.42
Tiempo Medio de Reaccion en el Acerto(TMRA)	Max 0.61 Seg	0.42
Numero de errores	Max 3 Errores	0.0
<b>Reacciones Multiples</b>		
Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR)	Max 0.40 Seg	0.37
Tiempo Medio de Reaccion en el Acerto(TMRA)	Max 0.45 Seg	0.37
Numero de errores	Max 3 Errores	0.0
<b>Reacciones al frenado</b>		
Promedio reaccion al frenado	Max 0.55 Seg	0.41
<b>Anticipacion a la Velocidad</b>		
Tiempo medio de desviacion (Vie 1)	<= 0.35 Seg	0.17
Tiempo medio de desviacion (Vie 2)	<= 0.63 Seg	0.33
<b>Coordinacion Bimanual</b>		
Tiempo total en el error (TTE)	Max 48 Seg	0.07
Porcentaje de Error Sobre el Recorrido	Max 80%	0.0
Numero de errores	Max 28 Errores	3.0

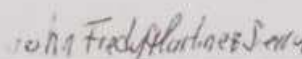
**Observaciones**

Examen dentro de los parámetros normales.

**ESTADO EXAMEN : APTO**



Firma Evaluador



Firma del Evaluado

Declaro bajo la gravedad de juramento que he participado en todo el proceso de certificación de conductores y que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponden estrictamente apego a la verdad.

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