

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS  
NIT: 900532770-0



**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL**  
Certificado de aptitud: 79231586-103183

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	12 feb. 2025 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	MARCO EMILIO SOSA TORRES	<b>Identificación:</b>	79231586
<b>Género</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 65	<b>Teléfono</b>	3204815379 <b>Móvil:</b>
<b>Fecha Nacimiento:</b>	07/11/1959	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR (A)
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>EPS:</b>	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
<b>Dirección</b>	CR 109 N 71 B 27	<b>ARL:</b>	
<b>Escolaridad:</b>	PRIMARIA	<b>AFP:</b>	
<b>Empresa</b>	PARTICULAR	<b>Peso: 94 Talla: 165 IMC: 34.53</b>	
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	PARTICULAR -	<b>AREA: No Reporta</b>	

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>OPTOMETRIA</b>	SE RECOMIENDA USO DE RX PARA CONDUCIR EN LAS NOCHES Y PARA VISION CERCANA. CONTROLES CADA AÑO
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS.
<b>ANEXO OSTEOMUSCULAR</b>	ACTIVIDAD FISICA 3 DIAS POR SEMANA REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y PAUSAS ACTIVAS
<b>PRUEBA PSICOSENSOMETRIA</b>	LOS RESULTADOS OBTENIDOS ESTAN DENTRO DE LOS ESTÁNDARES ESPERADOS, DENOTANDO LA CAPACIDAD DEL PACIENTE DEMANTENER EL ENFOQUE EN TAREAS ESPECÍFICAS, CAPACIDAD DE PROCESAR Y RESPONDER RÁPIDAMENTE A ESTÍMULOS SIMULTÁNEOS Y HABILIDADES MOTORAS FINAS Y COORD

## CONCEPTO LABORAL

### APTO CON RECOMENDACION

Observaciones: -USO DE CORRECCION OPTICA PARA VISION DE CERCA Y VALORACION PERIODICA POR OPTOMETRIA

### Tipo de Restricción

### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

### Permanente

NO

### Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

### Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado con el número de identificación como aparece al lado de mi firma, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando de manera libre, voluntaria y consiente, sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido la información pertinente acerca de las modalidades de atención en las que puede ser realizado el examen médico ocupacional y que debido a las circunstancias actuales la "telemedicina - Asistida (Resolución 2654 de 2019, Decreto 538 de 12/04/20 Art 8) será la modalidad que me brindarán, sin descartar la posibilidad de otras, si así lo requiriera, además recibí información adecuada acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados (si aplican), y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizar el examen médico en la modalidad mencionada y que se me practiquen los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Médico Especialista en Salud Laboral  
INGRID SPADAFORA GARRIDO  
250628 RES.10267 7/07/21



Firma y cédula del Paciente  
MARCO EMILIO SOSA TORRES  
79231586

# EXAMEN OPTOMETRÍA



**MG SALUD INTEGRAL OCUPACIONAL SAS**  
NIT: 900532770-0

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b> 12/02/2025 BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b> INGRESO
<b>Paciente:</b> MARCO EMILIO SOSA TORRES	<b>Identificación:</b> 79231586
<b>Género:</b> MASCULINO <b>Edad:</b> 65	<b>Teléfono:</b> 3204815379 <b>Móvil:</b>
<b>Fecha Nacimiento:</b> 07/11/1959	<b>Cargo:</b> CONDUCTOR (A)
<b>Estado Civil:</b> CASADO(A)	<b>EPS:</b> SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
<b>Dirección:</b> CR 109 N 71 B 27	<b>Escolaridad:</b> PRIMARIA
<b>Empresa:</b> PARTICULAR -	<b>Fecha y hora Examen:</b> 12/02/2025 2:03:13 p. m.

## EVALUACIÓN

**Usa Computador :** N **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N **Última Evaluación :** 0

**Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos :** N **¿Cuales? :**

**Antecedentes oculares:** NO REFIERE

**Antecedentes Personales:** NO REFIERE

**Sintomatología :**

**Cirugía ocular :** N **VISION BORROSA DE CERCA**

**Usa Corrección** N **NO**

**¿Gafas? :** N **¿Lentes de Contacto? :** N

PARA LEER , PERO NO LAS TRAE

### Agudeza Visual

<b>Visión Lejana</b>	<b>Sin Corrección</b>	<b>Derecho: 20/ 20</b>	<b>Ambos: 20/ 20</b>	<b>Izquierdo: 20/ 30-</b>
	<b>Con Corrección:</b>	<b>Derecho: 20/</b>	<b>Ambos: 20/</b>	<b>Izquierdo: 20/</b>
<b>Visión Próxima</b>	<b>Sin Corrección</b>	<b>Derecho: 20/ 40</b>	<b>Ambos: 20/ 40</b>	<b>Izquierdo: 20/ 40</b>
	<b>Con Corrección</b>	<b>Derecho: 20/</b>	<b>Ambos: 20/</b>	<b>Izquierdo: 20/</b>
<b>Lensometría</b>	<b>Izquierdo :</b>	<b>Derecho :</b>	<b>ADD :</b>	

Examen Externo: ANEXOS OCULARES PRESENTES Y NORMALES

Examen Motor: PPC 9 CMTS

Oftalmoscopia: NORMAL

Visión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: 40 SEG DE ARCO

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: - OI:

Subjetivo OD: - AV: 0 - Subjetivo OI - AV: 0

Cie10: ASTIGMATISMO-H522

Cie10: PRESBICIA-H524

Cie10: -

Recomendaciones: SE RECOMIENDA USO DE RX PARA CONDUCIR EN LAS NOCHES Y PARA VISION CERCANA. CONTROLES CADA AÑO

Diagnóstico: ASTIGMATISMO OI Y PRESBICIE SIN CORRECCION

Concepto:

**Formula Final:** OD:

OI:

**ADD :**

**Distancia Pupilar :**

**Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N**

Remitido: -

*Ana Maria Gonzalez Forero*  
Dra. Ana Maria González Forero  
Óptometra Universidad de la Salle  
T.P. 20995817 CTNPO 3476  
Especialista en Salud Ocupacional  
Licencia 25-0608 de 2018

*Marco*  
*Emilio*  
*Sosa*

ANA MARIA GONZALEZ FORERO


20995817

MARCO EMILIO SOSA TORRES

79231586

Profesional

Firma y cédula del Paciente

<b>Examen No.</b>	384			
<b>Nombre</b>	MARCO EMILIO SOSA TORRES	<b>Cargo</b>	Conductor	
<b>Identificacion</b>	79231586	<b>Tipo vehiculo</b>	Automóvil	
<b>Grupo Sanguineo y RH</b>	A+	<b>Servicio</b>	Público	
<b>E-mail</b>		<b>Empresa</b>		
<b>Direccion</b>				
<b>Tipo Licencia</b>	A1			
<b>Edad :</b>	65 AÑOS			
<b>Usa Lentes</b>	Usa			

**PRUEBA MOTRIZ**

Atencion Concentrada y resistencia a la monotonia	Reacciones Multiples	Coordinacion Visomanual	Anticipacion a la velocidad
Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)	Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)	Tiempo total en el error (TTE)	Tiempo medio de desviacion (Vel 1)
Max 0.88 Seg	Max 1.43 Seg	Max 46 Seg	Max 1.40 Seg
0.49 Seg	0.27 Seg	1.03 Seg	0.31 Seg
Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)	Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)	Porcentaje de Error Sobre el Recorrido	Tiempo medio de desviacion (Vel 2)
Max 1 Seg	Max 1.33 Seg	Max 20%	Max 1.01 Seg
0.49 Seg	0.28 Seg	3.69%	8.6969274792E8 Seg
Numero de Errores	Numero de Errores	Numero de Errores	<b>Reaccion al Frenado</b>
Max 5 Errores	Max 8 Errores	Max 14 Errores	Max 0.60 Seg
0 Errores	1 Errores	8 Errores	0.51 Seg

**FECHA DE LA PRUEBA** 2025-02-12 13:39:58.0 **NUMERO DEL EXAMEN** 384

#### OBSERVACIONES

LOS RESULTADOS OBTENIDOS ESTAN DENTRO DE LOS ESTÁNDARES ESPERADOS, DENOTANDO LA CAPACIDAD DEL PACIENTE DEMANTENER EL ENFOQUE EN TAREAS ESPECÍFICAS, CAPACIDAD DE PROCESAR Y RESPONDER RÁPIDAMENTE A ESTÍMULOS SIMULTÁNEOS Y HABILIDADES MOTORAS FINAS Y COORDINACIÓN PRECISA ENTRE AMBAS MANOS

FIRMA USUARIO

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

