



DATOS PACIENTE

Nombres: LUZ ANDREA MOLINA MUÑOZ		
Tipo de Documento:	CC Documento	52440031
Sexo F	F. Nacimiento:	24/01/1978 Edad: 41 Años
Entidad: PARTICULAR/SUR		
Centro de Costo: N/A		
Cargo: ENFERMERA JEFE		
Fecha de Atención: 2019-08-23		
Fecha y Hora entrega resultados: 23/08/2019 8.36 AM		

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de PRE INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO (A) CON PATOLOGÍAS QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

VALORACION OPTOMETRICA. ANUAL - USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE

VALORACION EPS SEGUIR CONTROL CON MÉDICOS TRATANTES

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION VISUAL

CARDIOVASCULAR

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

VISIOMETRIA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): YENNI MARCELA GOMEZ GUALI RM: 006145 23 DIC 2013 - L S O 1018/2017

[Firma]
Dr. Yenni Marcela Gómez Gualí
Médico Ocupacional

Firma y sello del Médico Evaluador

LUZ ANDREA MOLINA MUÑOZ
C.C. 52440031
Firma del trabajador Evaluado



* BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50 Edificio Banchara
Tel. (+1) 261 4505 – 266 5893 – 266 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel. (+1) 458 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-06
Tel. (+1) 282 8429 – 342 4834

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 88 No. 17-82
Tel. (+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 88 No. 17-86
Tel. (+1) 419 0397 – 260 64

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tel. 805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tel. (+1) 257 9325 – 256 2382

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Business Center
Interior 141 – Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No. 31 - 113 Barrio Arriaga Campestre,
Tel. (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzai Alto
Tel. (+8) 674 0816 - 674 0815

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia Sector La Amador,
Calle 32 No. 20B - 21 Piso 2 Tel. (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 518 No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Médico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No. 14 - 70 Centro Médico
Perlas del Caribe Tel. (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel. (+2) 240 4734 - 240 2056

MEDELLÍN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la América
Tel. (+4) 412 1145 - 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versailles
Tel. (+2) 380 9956 - 382 7337

Fecha de impresión 23/08/2019 8.36 AM

FECHA DE EXAMEN 23/8/2019

TIPO DE EXAMEN

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS		LUZ ANDREA MOLINA MUÑOZ					
IDENTIFICACION	CC 52440031	SEXO	F	EDAD	41 Años	FECHA DE NACIMIENTO	24/01/1978
LUGAR DE NACIMIENTO	CALARCA					GRUPO SANGUINEO	O +
PROCEDENCIA	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ, D.C.				MUNICIPIO	BOGOTÁ, D.C.
DIRECCION						TELEFONOS	3043519771
ESTRATO	2	ESCOLARIDAD	PROFESIONAL			ESTADO CIVIL	null
EPS	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.						
ARL	NO REFIERE						
FONDO DE PENSIONES	NO REFIERE						
RAZON SOCIAL	PARTICULAR/SUR						
ACTIVIDAD ECONOMICA	NO REFIERE				CARGO	ENFERMERA JEFE	



ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	usuaria de gafas permanentes
-----------------------	------------------------------

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

Nombre	Concepto	Observaciones
AMBOS OJOS	20/25	CC
OJO DERECHO	20/30	CC
OJO IZQUIERDO	20/25	CC
ESTEREOPSIS " SEG.	50"	CC
VISION CROMATICA	NORMAL	CC
FORIA VERTICAL	NORMAL	
FORIA LATERAL	NORMAL	

AGUDEZA VISUAL CERCANA

Nombre	Concepto	Observaciones
AMBOS OJOS	0.50 cm	CC
OJO DERECHO	0.75 cm	CC
OJO IZQUIERDO	0.50 cm	CC
ESTENOPEICO	VL PH OD 20/20 VL PH OI 20/20	

IMPRESION DIAGNOSTICA

H526: Otros trastornos de la refracción

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	VALORACIÓN DE OPTOMETRIA ACTUALIZACIÓN DE FORMULA ÓPTICA, USO DE RX PERMANENTE, CONTROL ANUAL.
-----------------	--

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):

DIANA MORENO BALLESTEROS RM: 7818/2018

Firma y sello del Médico Evaluador

LUZ ANDREA MOLINA MUÑOZ

CC

Firma del trabajador Evaluado