Dr. Miguel Angel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.794

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2025 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ORTIZ NEIRA YURANI ANDREA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	41 AÑOS 3 MESES 6 DÍAS	CC	28540654
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo	Dependencia del Trabajador
ORIENTADOR DE EMPRENDIMIENTO	**SENA REGIONAL TOLIMA - DIRECCION REGIONAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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:

OPTOMETRÍA	✓	CONSULTA DE PSICOLOGÍA OCUPACIONAL	✓
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO	✓
PARCIAL DE ORINA	✓	ÉNFASIS CARDIOVASCULAR	✓
EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

AL INGRESO SE ENCUENTRA TRABAJADOR EN BUENA CONDICIÓN, SIN RESTRICCIÓN MEDICA PARA LAS ACTIVIDADES DEL CARGO.

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 voluntaria 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Miguel A Barrios

Nombre: BARRIOS RENGIFO MIGUEL ANGEL

R. M.: 7394497 **L.S.O.:** 970

Código de Seguridad
Y579E1K23794

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ORTIZ NEIRA YURANI ANDREA

CC: 28540654

Dr. Miguel Angel Barrios S.A.S.
Salud Empresarial y Auditoría Médica

NIT. 900781103-5
Cra 5ta A num 30 b 28 San Simon Parte Alta
Tel. 2657365 Cel. 311 203 9110
miguelhsf@hotmail.com
Ibagué- Colombia



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 12,044

Fecha: 15/01/2025 **Municipio:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **CC:** 28540654 **Nombre:** ORTIZ NEIRA YURANI ANDREA **Edad:** 41 AÑOS 3
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** ORIENTADOR DE EMPRENDIMIENTO **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: IBAGUE **Motivo Consulta:** INGRESO OCUPACIONAL

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	VDT
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
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	20/40	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

RX EN USO

OJO DERECHO	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD
OJO IZQUIERDO	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD

EXAMEN EXTERNO DEL OJO

OJO IZQUIERDO

OJO DERECHO

ESTADO FÓRICO Y CONVERGENCIA

NORMAL

VISIÓN CROMÁTICA

NORMAL

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ **20**

SUBJETIVO

OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ **20**
OJO DERECHO	AV VL 20/ **20**

QUERATROMETRÍA

OJO DERECHO: **K´ =**

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

MOVIMIENTOS OCULARES

NORMALES

LENSOMETRÍA

ASINTOMÁTICO

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SIN RESTRICCIONES VISUALES

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: VELANDIA RODRIGUEZ RICARDO

R. M.: 12105 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

Q579W3C12044

PACIENTE



Firma:

Nombre: ORTIZ NEIRA YURANI ANDREA

CC: 28540654

LABORATORIO Diagnosticar
SALUD, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y OCUPACIONAL

Claudia Patricia Mesa Mejia
NIT. 65749723-9
Calle 44 bis # 2-33 piedrapintadabaja Ibague Tolima
Cel. 310 207 9111 - Tel. 2788233
E-mail. laboratorioclinicodiagnosticar@hotmail.com
diagnosticar.com.co

Código de Seguridad
X1267D33J42250

DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 42250

Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** miércoles, 15 de enero de 2025 10:12:56 a.m.

Nombres y Apellidos: ORTIZ NEIRA YURANI ANDREA **CC:** 28540654 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 10/10/1983 **Edad:** 41 AÑOS 3 MESES 6 DÍAS **Entidad:** DR MIGUEL ANGEL BARRIOS

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

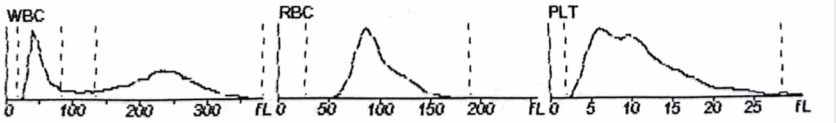
HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUA

HEMOGRAMA O BIOMETRIA HEMATICA

DIAGNOSTICAR LAB

ID: 28540654 Modo: Completa Hora: 15-01-2025 10:04
Nombre: YURANY ORTIZ Sexo: Mujer Edad: 41 años
N.º hist clin: N.º cama: Dept.: DR BARRIOS

Parámetro	Result	Rango ref
WBC	4.7 x 10^3/uL	4.0 - 10.0
Lymph#	1.5 x 10^3/uL	0.8 - 4.0
Mid#	0.3 x 10^3/uL	0.1 - 0.9
Gran#	2.9 x 10^3/uL	2.0 - 7.0
Lymph%	32.5 %	20.0 - 40.0
Mid%	7.4 %	3.0 - 9.0
Gran%	60.1 %	50.0 - 70.0
HGB	12.7 g/dL	11.0 - 15.0
RBC	4.25 x 10^6/uL	3.50 - 5.00
HCT	39.1 %	37.0 - 48.0
MCV	92.2 fL	82.0 - 95.0
MCH	29.8 pg	27.0 - 31.0
MCHC	32.4 g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	13.1 %	11.5 - 14.5
RDW-SD	46.0 fL	35.0 - 56.0
PLT	174 x 10^3/uL	150 - 450
MPV	8.6 fL	7.0 - 11.0
PDW	15.7	15.0 - 17.0
PCT	0.149 %	0.108 - 0.282



Rmte.: Analiz.: Compr.:

Escaneado con CamScanner

DICCIONARIO:

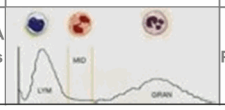
DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 42250

Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** miércoles, 15 de enero de 2025 10:12:56 a.m.

Nombres y Apellidos: ORTIZ NEIRA YURANI ANDREA **CC:** 28540654 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 10/10/1983 **Edad:** 41 AÑOS 3 MESES 6 DÍAS **Entidad:** DR MIGUEL ANGEL BARRIOS

SIGLA	SIGNIFICADO	SIGLA	SIGNIFICADO	PARA QUE SIRVE
WBC	Recuento total de leucocitos	MCV	Volumen Corpuscular Medio	Mide el tamaño promedio de los glóbulos rojos
LYMPH %	Linfocitos	MCH	Hemoglobina Corpuscular Media	Es la cantidad de HB que hay en todas las células rojas
MID%	Celulas inmaduras (Mixtas)	RDW-CV	Amplitud de Distribución Eritrocitaria calculada	Evalúa la variación de tamaño entre los glóbulos rojos
GRAN%	Granulocitos - Neutrofilos	RDW-SD	Amplitud de Distribución Eritrocitaria Real	
HGB	HEMOGLOBINA	PLT	Recuento total de Plaquetas	
RBC	Recuento Total de Eritrocitos	MVP	Volumen Plaquetario Medio	Es el volumen plaquetario medio
HCT	Hematocrito	PDW	ancho de distribución plaquetario	es un indicador de la dispersión de las plaquetas
HISTOGRAMA grafico lineas celulares		PCT	Plaquetocrito	Evalúa el porcentaje del volumen de plaquetas

Claudia Patricia Mesa Mejia
Bacteriólogo(a) RP: 10038

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

EXAMÉN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	65	60-110mg/dl

Claudia Patricia Mesa Mejia
Bacteriólogo(a) RP: 10038

QUÍMICA

LABORATORIO Diagnosticar
SALUD, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y OCUPACIONAL

Claudia Patricia Mesa Mejia
NIT. 65749723-9
Calle 44 bis # 2-33 piedrapintadabaja Ibague Tolima
Cel. 310 207 9111 - Tel. 2788233
E-mail. laboratorioclinicodiagnosticar@hotmail.com
diagnosticar.com.co

Código de Seguridad
X1267D33J42250

DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 42250

Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** miércoles, 15 de enero de 2025 10:12:56 a.m.

Nombres y Apellidos: ORTIZ NEIRA YURANI ANDREA **CC:** 28540654 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 10/10/1983 **Edad:** 41 AÑOS 3 MESES 6 DÍAS **Entidad:** DR MIGUEL ANGEL BARRIOS

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD

PERFIL LIPIDICO

EXAMENES	RESULTADO	VALOR NORMAL
COLESTEROL TOTAL	154	Optimo: menor de 200mg/dl
		Intermedio alto : 200 a 239 mg/dl
		Alto: Mayor o igual a 240 mg/dl
COLESTEROL HDL Protector del corazón	49	Normal: mayor de 35mg/dl
		Bajo:: menor de 40 mg/dl
		Alto: mayor o igual a 60 mg/dl
COLESTEROL LDL calculado	85,2	Optimo: menor de 100 mg/dl
		Casi optimo: 100 a 129 mg/dl
		Intermedio Alto: 130-159 mg/dl
		Alto: 160-189mg/dl
		Muy Alto: mayor o igual a 190 mg/dl
COLESTEROL VLDL	19,8	Normal: 10 a 40 mg/dl
TRIGLICERIDOS	99	Normal: Menor de 150 mg/dl
		Intermedio Alto: 150 a 199 mg/dl
		Alto: 240-499 mg/dl
		Muy Alto: Mayor o igual a 500 mg/dl
INDICE CORONARIO	3,1	HASTA 4.5

Claudia Patricia Mesa Mejia
Bacteriólogo(a) RP: 10038

LABORATORIO Diagnosticar
SALUD, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y OCUPACIONAL

Claudia Patricia Mesa Mejia
NIT. 65749723-9
Calle 44 bis # 2-33 piedrapintadabaja Ibague Tolima
Cel. 310 207 9111 - Tel. 2788233
E-mail. laboratorioclinicodiagnosticar@hotmail.com
diagnosticar.com.co

Código de Seguridad
X1267D33J42250

DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 42250

Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** miércoles, 15 de enero de 2025 10:12:56 a.m.

Nombres y Apellidos: ORTIZ NEIRA YURANI ANDREA **CC:** 28540654 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 10/10/1983 **Edad:** 41 AÑOS 3 MESES 6 DÍAS **Entidad:** DR MIGUEL ANGEL BARRIOS

UROANÁLISIS

UROANALISIS

EXAMEN	FISICOQUIMICO	EXAMEN	MICROSCOPICO
COLOR	Amarillo	CELULAS EPITELIALES	2-4 xcpo
ASPECTO	Lig. Turbio	CELULAS RENALES	NO SE OBSERVA
PH	6.5	GLOBULOS ROJOS	NO SE OBSERVA
DENSIDAD	1010	LEUCOCITOS	OCASINALES
PROTEINAS	NEGATIVO	PIOCITOS	NO SE OBSERVA
GLUCOSA	NEGATIVO	MOCO	NO SE OBSERVA
CETONAS	NEGATIVO	BACTERIAS	ESCASAS
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	LEVADURAS	NO SE OBSERVA
UROBILINOGENO	NEGATIVO	CRISTALES	NO SE OBSERVA
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	CILINDROS	NO SE OBSERVA
NITRITOS	NEGATIVO	OTROS	

Claudia Patricia Mesa Mejia
Bacteriólogo(a) RP: 10038

Dr. MIGUEL ÁNGEL BARRIOS S.A.S
Salud Empresarial y Auditoria Médica

VALORACION AUDIOMETRICA OCUPACIONAL

1.INFORMACION GENERAL

Fecha: 15/01/2025 Empresa: SENA Tipo de examen: I V P R A
Nombre: Yuranis Andrea Ortiz Mejia CC No: 28540654
Sexo: F X M Edad: 41 años Tel: 3193380604 Cargo: Orientadora.
Antigüedad: 12 meses Reposo auditivo: SI NO Uso de EPA: SI NO Tipo:

2. ANTECEDENTES DE SALUD OTOLOGICOS Y ACTIVIDAD EXTRALABORAL

OTOLOGICOS			INGESTA OTOTOXICOS	Si	No	EXTRALABORALES		
OTALGIA	Si	No X	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	Si	No X	MOTO	Si	No X
OTITIS	Si	No X	QUIRURGICO			TEJO	Si	No X
OTORREA	Si	No X	CIRUGIA DE OIDO	Si	No X	SERVICIO MILITAR	Si	No X
OTORRAGIA	Si	No X	TIMPANOPLASTIA	Si	No X	POLIGONO	Si	No X
PRURITO	Si	No X	CX CABEZA O CUELLO	Si	No X	DISCOTECA	Si	No X
SENSACION OIDO TAPADO	Si	No X	PATOLOGIAS			WALMAN	Si	No X
TRANSTORNOS EQUILIBRIO	Si	No X	HIPERTENSION ARTERIAL	Si	No X	INSTRUMENTO MUSICAL	Si	No X
TINITUS/ACUFENOS	Si	No	DIABETES	Si	No X	ARMA DE FUEGO	Si	No X
CONSIDERA QUE ESCUCHA BIE	Si X	No	RENITIS/SINUSITIS	Si	No X	VIVE ZONA DE RUIDO	Si	No X
AUDIOMETRIA PREVIA	SI X	No						

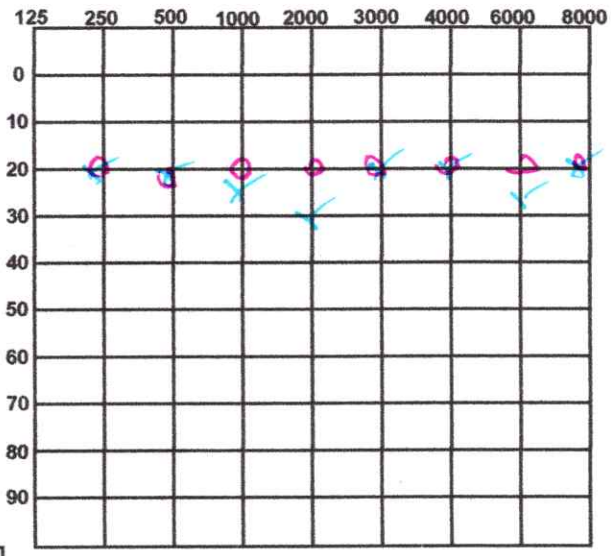
TIEMPO EN EL OFICIO:

3. OTOSCOPIA

OD: CAE LIBRE DE CERUMEN ✓ RESTOS DE CERUMEN OI: CAE LIBRE DE CERUMEN ✓ RESTOS DE CERUMEN

Observaciones:

4.EVALUACION AUDIOGRAMA



5, ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FECHA		EXP	USO EPA	
		INGRESO	EGRESO	AÑOS	SI	NO

6, VALORACION AUDIOMETRICO GATISO

FRECUENCIA	OD	OI	BILATERAL
500			
1000			
2000		L	
3000			
4000			
6000			
8000			
NORMAL			

7, PTA (PROMEDIO DE TONOS AEREOS)

N:normal L:leve M:moderado S:severo P:profundo

	500 HZ	1000 HZ	2000 HZ	3000 HZ	PROMEDIO	GRADO
OD						
OI						

8. DIAGNOSTICO AUDIOMETRICO

FECHA DE CALIBRACION DEL EQUIPO 11-01-2024

OD: Normal toda la frecuencia FRECUENCIAS

OI: leve 2000. FRECUENCIAS

9. RECOMENDACIONES: CONTROL SEGÚN PVE ANUAL ___ SEMESTRAL ___ USO DE EPA SEGÚN PVE ___ AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA___ AUDIOMETRIA CLINICA ___

VALORACION POR ORL: ___ EXAMENES COMPLEMENTARIOS___ LIMPIEZA OTICA OD__ OI__ REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL__ NO UTILIZAR EMP 3 ___

Consentimiento informado: Certifico que he sido informado con anterioridad sobre las limitaciones, beneficios, riesgos, y acepto la realización de la audiometria, asi mismo autorizo a la entidad y a sus profesionales en salud para el manejo de la nformación aquí contenida, la cual puede ser usada para seguimiento y análisis o para determinar las caracteristicas, estadísticas de diagnóstico de condiciones de salud de la población a la que haga parte, dentro del marco de confidencialidad médica. Refiero entender lo escrito en el consentimiento informado de forma voluntaria firmo el presente documento en señal de aceptación.

SEVERIDAD OSHA: NORMAL(0-20 dB), LEVE(25-40 dB), MODERADO(41-60 dB), SEVERO(61-80 dB), PROFUNDO(81 dB)

Paola A. Rodriguez D
FONOAUDIÓLOGA
U. Nacional

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR 28540654

VALORACION PSICOLOGIA OCUPACIONAL

ENFASIS PSICOSOCIAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO EXAMEN PSICOLOGICO OCUPACIONAL					
15	**1**	**2025**	IBAGUE	Ingreso	**X**	Egreso		Periódico	
DD	MM	AAAA	CIUDAD						

Trabajo en Alturas		Porte de Armas		**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA -**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

YURANI	**ANDREA**	**ORTIZ**	**NEIRA**	Doc. identificación	
					28.540.654
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Tipo	Número

CONCEPTO (Marque con una (X) en la casilla que corresponda.

EXAMEN AREA EMOCIONAL	SATISFACTORIO	**X**	NO SATISFACTORIO		APLAZADO	
IDEACION SUICIDA	NO SE DETECTA	**X**	SE DETECTA ALTO RIESGO			
ESTADO PSICOSOCIAL	SATISFACTORIO	**X**	SE DETECTA ALTO RIESGO		APLAZADO	
NIVEL DE ANSIEDAD	BAJO	**X**	MEDIA		ALTA	
ACROFOBIA	BAJA	**X**	MEDIA		ALTA	

Observación	**SIN ALTERACIÓN PSICOLÓGICA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN CONSCIENTE DE SUS ACTOS Y RESPONSABILIDADES**

Registro Colegio Colombiano de Psicólogos 101411