Dr. Miguel Ángel 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° 19.753

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2024 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)

BERMUDEZ FERNANDEZ RUBY ENITH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	55 AÑOS 6 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	31978078 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo	Dependencia del Trabajador
INSTRUCTORA PRESENCIAL	**SENA - REGIONAL TOLIMA - CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE 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:

VISIOMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	AUDIOMETRIA SOD	✓
EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR	✓	ÉNFASIS CARDIOVASCULAR	✓
CONSULTA DE PSICOLOGÍA OCUPACIONAL	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR AL INGRESO EN BUENAS CONDICIONES, SE RECOMIENDA USO DE LENTES FORMULADOS, CONTROL ANUAL OPTOMETRIA EN LA EPS. SE DAN RECOMENDACIONES EN HIGIENE POSTURAL, CONDICIONES ERGONÓMICAS ADECUADAS. NO PRESENTA RESTRICCIÓN MÉDICA PARA EL 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		**Aspirante o Trabajador**
Margarita Rosa Barrios D. Médico Cirujano U. de Caldas Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo Universidad Católica de Manizales 1053780450 Lic. SST 73305		
Firma:		**Firma:**
Nombre: BARRIOS DIAZ MARGARITA ROSA	**Código de Seguridad**	**Nombre:** BERMUDEZ FERNANDEZ RUBY ENITH
R. M.: 17085 **L.S.O.:** 73305	**Y579E1K19753**	**CC:** 31978078

Dr. Miguel Ángel 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



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 7301**

Fecha: 30/01/2024 **Ciudad:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SALUD TOTAL
CC: 31978078 **Nombre:** BERMUDEZ FERNANDEZ RUBY ENITH **Edad:** 55 AÑOS 6 M **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 16/07/1968 **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Ocupacion:** INSTRUCTORA PRESENCIAL

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
ACTUAL	ACTUAL	NINGUNA	NO APLICA	14	0

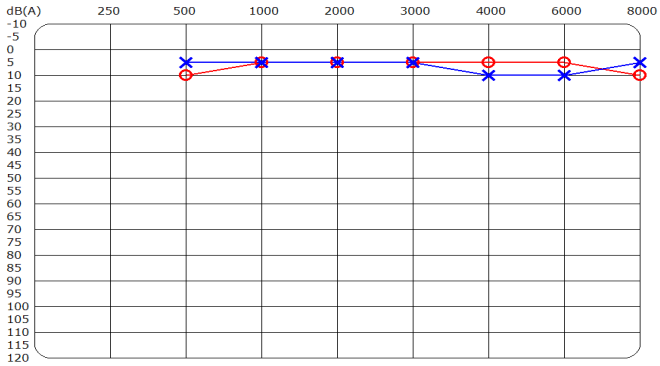
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 10 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA25 **F. Ultima Calibración:** 2021-12-15

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: RESTOS DE CERUMEN
Oído izquierdo: RESTOS DE CERUMEN

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		10	5	5	5	5	5	10
VAOI		5	5	5	5	10	10	5

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

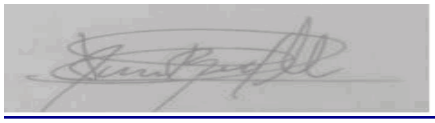
Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: BONIL MARIÑO DIANA CAROLINA
R. M.: 06-01050 **L.S.O.:**

TRABAJADOR



Firma:
Nombre: BERMUDEZ FERNANDEZ RUBY ENITH
CC 31978078



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 VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 10,348

Fecha: 30/01/2024 **Municipio:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **CC:** 31978078 **Nombre:** BERMUDEZ FERNANDEZ RUBY ENITH **Edad:** 55 AÑOS 6
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA PRESENCIAL **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Eps: SALUD TOTAL **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: IBAGUE **Motivo Consulta:** INGRESO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	CIRUGIA DE PTERIGIO OJO DERECHO
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	POLVO, VDT
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	CERCA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	SI

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	20/25	1.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/60	1.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/25	1.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO DEL OJO

VISIÓN CROMÁTICA

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

MOVIMIENTOS OCULARES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
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
S579Y3E10348

PACIENTE

Firma:
Nombre: BERMUDEZ FERNANDEZ RUBY ENITH
CC: 31978078

02735214

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864
E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Sede Tolima
Carrera 4D No 33-47 Barrio Cadiz
Tel:(8) 2667588 - Cel: 3102701692 - 3227930894

Paciente : BERMUDEZ FERNANDEZ RUBY ENITH
Historia : 31978078
Identificación : 31978078
Edad/Sexo : 55 / F
Telefono : .
Remisión : 02735214

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
Fecha Recepción: 2024-01-30 09:30:23
Fecha Impresión : 2024-01-30 11:29:15.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Glucosa			
-			
Glucosa	**94.47**	mg/dl	70 - 105 mg/dL

Valor de Referencia: 70-105 mg/dL
Técnica:Colorimetrica

Fecha / Hora Validado : 2024-01-30 / 10:53

RESULTADOS HISTORICOS 29/10/2021
RESULTADO 97.88

Validado por:

MARIA STELLA PEÑA BOTERO
BACTERIOLOGA
T.P. 42067747

ADVERTENCIA LEGAL

- Le informamos, como destinatario de este mensaje, que el correo electrónico y las comunicaciones por medio de Internet no permiten asegurar ni garantizar la confidencialidad de los mensajes transmitidos, así como tampoco su integridad o su correcta recepción, por lo que el Laboratorio Clínico BIOANALISIS S.A.S. no asume responsabilidad alguna por tales circunstancias. Si no está de acuerdo con la utilización del correo electrónico o de las comunicaciones vía Internet, le rogamos nos lo comunique y ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.
- Este mensaje va dirigido, de manera exclusiva, a su destinatario y contiene información confidencial y sujeta al secreto profesional, cuya divulgación no está permitida por la ley. En caso de haber recibido este mensaje por error, le rogamos que, de forma inmediata, nos lo comunique al correo electrónico recepcion@laboratoriobioanalisis.co o a través del teléfono (8) 265 77 83, proceda a su eliminación, así como a la de cualquier documento adjunto al mismo.
- Asimismo, le comunicamos que la distribución, copia o utilización de este mensaje, o de cualquier documento adjunto al mismo, cualquiera que fuera su finalidad, están prohibidas por la ley.

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 02735214

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

VALORACION PSICOLOGIA OCUPACIONAL

CONCEPTO PSICOSOCIAL Y MENTAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO EXAMEN PSICOLOGICO OCUPACIONAL					
30	**1**	**2024**	IBAGUE	Ingreso como contratista	**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)

RUBY	**ENITH**	**BERMUDEZ**	**FERNANDEZ**	Doc. identificación	
					31.978.078
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 SOCIAL	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**					
CONCEPTO PSICOLOGICO	**APTO Cumple con todos los criterios**	**X**	**APTO CON RECOMENDACIÓN Representa Riesgo moderado.**		**NO APTO Alto riesgo.**	

Registro Colegio Colombiano de Psicólogos 101411