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° 19.737

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

PARTICULARES	PARTICULARES
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)

CHAVARRO DIAZ JENNIFER ALEJANDRA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	40 AÑOS 7 MESES 25 DÍAS	CC	38361596
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

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

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:

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

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR AL INGRESO EN BUENAS CONDICIONES, SE DAN RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. 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



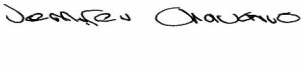
Firma:

Nombre: BARRIOS DIAZ MARGARITA ROSA

R. M.: 17085 **L.S.O.:** 73305

Código de Seguridad
R579X1D19737

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CHAVARRO DIAZ JENNIFER ALEJANDRA

CC: 38361596

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)

JENNIFER	**ALEJANDRA**	**CHAVARRO**	**DIAZ**	Doc. identificación	
					38.361.596
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

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



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 10,333

Fecha: 30/01/2024 **Municipio:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **CC:** 38361596 **Nombre:** CHAVARRO DIAZ JENNIFER ALEJANDF **Edad:** 40 AÑOS 7
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA VIRTUAL **Empresa:** PARTICULARES
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	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	VDT
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
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	20/20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO DEL OJO

VISIÓN CROMÁTICA

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

MOVIMIENTOS OCULARES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

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
R579X3D10333

PACIENTE

Firma:
Nombre: CHAVARRO DIAZ JENNIFER ALEJANDRA
CC: 38361596

02735191

Sede Antioquia
Cra 48 # 46A sur - Centro Oncológico de Antioquia - Envigado
Tel: (4) 4479665 - Cel: 3225843864

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

E- mail: contacto@laboratoriobioanalisis.co - www.laboratoriobioanalisis.co

Paciente : CHAVARRO DIAZ JENNIFER ALEJANDRA
Historia : 38361596
Identificación : 38361596
Edad/Sexo : 40 / F
Telefono : 3112269229
Remisión : 02735191

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS S
Fecha Recepción: 2024-01-30 08:56:37
Fecha Impresión : 2024-01-30 11:49:10.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Glucosa			
-			
Glucosa	**79.49**	mg/dl	70 - 105 mg/dL

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

Fecha / Hora Validado : 2024-01-30 / 10:56

RESULTADOS HISTORICOS	24/09/2020	18/09/2017
RESULTADO	86.34	98.84

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: 02735191

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

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°: 7288**

Fecha: 30/01/2024 **Ciudad:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SALUD TOTAL
CC: 38361596 **Nombre:** CHAVARRO DIAZ JENNIFER ALEJANDRA **Edad:** 40 AÑOS 7 M **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 05/06/1983 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTORA VIRTUAL

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
EXPERIENCIA	INSTRUCTORA VIRTUAL SENA	NINGUNA	NO APLICA	13	0

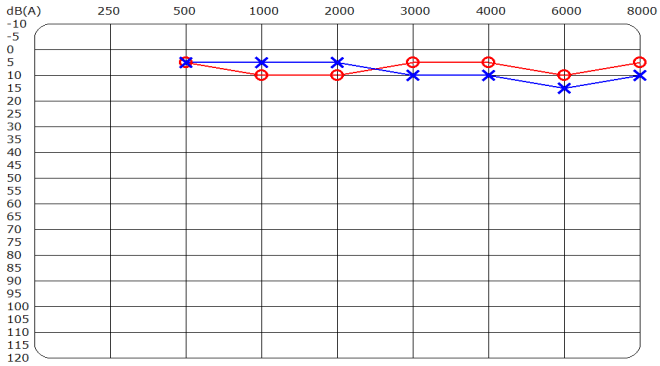
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	SI	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: LIBRE DE CERUMEN
Oído izquierdo: LIBRE DE CERUMEN

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		5	10	10	5	5	10	5
VAOI		5	5	5	10	10	15	10

SEVERIDAD - CAOHC

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

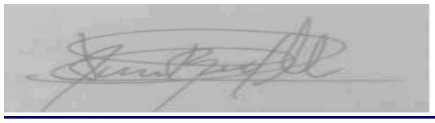
Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO DE LOS OIDOS

FONOAUDIÓLOGO



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

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: CHAVARRO DIAZ JENNIFER ALEJANDRA
CC 38361596