

**CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL**

**DATOS DEL CERTIFICADO**

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 374399 Fecha Examen: 2025-09-24 Hora: 10:01:27

**DATOS DE LA EMPRESA**

EMPRESA: PARTICULARES NIT: 01 SECTOR: -  
ENT. MISIÓN: PARTICULARES NIT: 01 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.

**DATOS DEL TRABAJADOR**

NOMBRES: JUAN CARLOS APELLIDOS: JIMENEZ GUTIERREZ  
IDENTIFICACIÓN: 79878292 FECHA DE NACIMIENTO: 24 de Noviembre de 1977 EDAD: 47  
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: TECNOLÓGICO CARGO: DESARROLLADOR DE SOFTWARE  
ARL: SEGUROS BOLÍVAR EPS: CAPITAL SALUD AFP: Protección

**EXAMENES REALIZADOS**

Anexo Osteomuscular, Perfil Lipídico, Glicemia En Ayunas, Examen Medico Ocupacional, Anexo Cardiovascular, Audiometría, Optometría

**RESULTADO PARA LA VALORACIÓN**

**RESULTADO: Con Recomendaciones**

¿El paciente cuenta con patologías preexistentes susceptibles al COVID-19?: No

**DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR**

Caso Descartado

**OTRAS RECOMENDACIONES MEDICAS**

**Programa de Protección Auditiva**

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

**Recomendaciones de Protección Visual**

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometría en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de corrección óptica permanente. 6) Uso de protección visual según tipo de exposición

**OTRAS RECOMENDACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO**

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO  
4.USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN GRADO DE EXPOSICION.  
-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES , USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES , CONTROL ANUAL POR OPTOMETRA DE EPS  
EVITAR REALIZAR TAREAS DE SELECCION DE COLORES.

  
NIURKA NOHEMI CHACIN MEDINA  
Médico especialista en salud ocupacional  
R.O. No. CE- 470417  
Licencia No.13534 de 14/02/2024

Atendido por: CHACIN MEDINA NIURKA NOHEMI  
Registro Médico: CE470417  
Licencia S.O.: 13534 DE 14/02/2024





Paciente: JIMENEZ GUTIERREZ JUAN CARLOS  
Identificación: 79878292

**FOTOGRAFIA**



## EXAMENES DE LABORATORIO

| DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE       |                            |                                              |                        | FOTO                                                                                |                   |
|----------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Nombre: JIMENEZ GUTIERREZ JUAN CARLOS  |                            | Identificación: 79878292                     |                        |  |                   |
| Género: MASCULINO                      | RH: O+                     | Fecha de Nacimiento: 24 de Noviembre de 1977 | Edad: 47               |                                                                                     |                   |
| Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL |                            | INGRESO                                      | Orden: 374399          |                                                                                     | Fecha: 2025-09-24 |
| EPS: CAPITAL SALUD                     |                            | ARL: SEGUROS BOLÍVAR                         | AFP: Proteccion        |                                                                                     |                   |
| EMPRESA                                |                            |                                              |                        |                                                                                     |                   |
| NIT: 01                                | Razon social: PARTICULARES |                                              | Actividad Economica: - |                                                                                     |                   |
| ENTIDAD EN MISION                      |                            |                                              |                        |  |                   |
| NIT: 01                                | Razon social: PARTICULARES |                                              | Actividad Economica: - |                                                                                     |                   |
| Fecha Muestras                         |                            |                                              |                        |                                                                                     |                   |
| 2025-09-24 09:02:32                    |                            |                                              |                        |                                                                                     |                   |

| GLICEMIA EN AYUNAS |           |        |                  |
|--------------------|-----------|--------|------------------|
| Nombre             | Resultado | Unidad | Valor Referencia |
| GLICEMIA BASAL     | 81        | mg/dl  | 77-125           |
| Observaciones:     |           |        |                  |
| PERFIL LIPIDICO    |           |        |                  |
| Nombre             | Resultado | Unidad | Valor Referencia |
| COLESTEROL TOTAL   | 168       | mg/dl  | Hasta 200        |
| COLESTEROL HDL     | 69        | mg/dl  | 35/55            |
| COLESTEROL LDL     | 77        | mg/dl  | Hasta 150        |
| COLESTEROL VLDL    | 10        | mg/dl  | 10-30            |
| TRIGLICERIDOS      | 51        | mg/dl  | Hasta 170        |
| Observaciones:     |           |        |                  |

DAYANA MARCELA AMAYA GRANADILLO  
Bacterióloga  
CC. 1120748592



*Juan Carlos Jimenez*

Atendido por: AMAYA GRANADILLO DAYANA MARCELA  
Reg.: 1120748592

Paciente: JIMENEZ GUTIERREZ JUAN CARLOS  
Identificación: 79878292

## OPTOMETRIA

| DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                             |                            |                                                       |                |                                                           |                    | FOTO                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre: JIMENEZ GUTIERREZ JUAN CARLOS                                        |                            |                                                       |                | Identificación: 79878292                                  |                    |  |
| Género: MASCULINO                                                            | RH: O+                     | Fecha de Nacimiento: 24 de Noviembre de 1977          |                | Edad: 47                                                  |                    |                                                                                     |
| Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL                                       |                            | INGRESO                                               |                | Orden: 374399                                             | Fecha: 2025-09-24  |                                                                                     |
| EPS: CAPITAL SALUD                                                           |                            | ARL: SEGUROS BOLIVAR                                  |                | AFP: Proteccion                                           |                    |                                                                                     |
| EMPRESA                                                                      |                            |                                                       |                |                                                           |                    |                                                                                     |
| NIT: 01                                                                      | Razon social: PARTICULARES |                                                       |                | Actividad Economica: -                                    |                    |  |
| ENTIDAD EN MISION                                                            |                            |                                                       |                |                                                           |                    |                                                                                     |
| NIT: 01                                                                      | Razon social: PARTICULARES |                                                       |                | Actividad Economica: -                                    |                    |  |
| EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES |                            |                                                       |                |                                                           |                    |                                                                                     |
| Tipo de Riesgo                                                               |                            | T. Exposición                                         |                | Uso Protección                                            | Protección Visual  |                                                                                     |
|                                                                              |                            | Acumulada                                             | Diaria         |                                                           |                    |                                                                                     |
| Químicos (humos,gases, vapores, polvos)                                      | No                         | -                                                     | -              | No                                                        | -                  |                                                                                     |
| Radiación Ultravioleta o Infrarroja (soldadura, hornos)                      | No                         | -                                                     | -              | No                                                        | -                  |                                                                                     |
| Mecánico (Proyección de Partículas)                                          | No                         | -                                                     | -              | No                                                        | -                  |                                                                                     |
| Iluminación Inadecuada                                                       | No                         | -                                                     | -              | No                                                        | -                  |                                                                                     |
| Uso de Video Terminales                                                      | No                         | -                                                     | -              | No                                                        | -                  |                                                                                     |
| Observaciones: NO REFIERE                                                    |                            |                                                       |                |                                                           |                    |                                                                                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES                                                      |                            |                                                       |                |                                                           |                    |                                                                                     |
| Generales                                                                    |                            | Oculares                                              |                |                                                           |                    |                                                                                     |
| Hipertensión Arterial                                                        | No                         | Cirugía Ocular                                        |                |                                                           | No                 |                                                                                     |
| Diabetes                                                                     | No                         | Queratocono                                           |                |                                                           | No                 |                                                                                     |
| Hipoglucemia                                                                 | No                         | Glaucoma                                              |                |                                                           | No                 |                                                                                     |
| Toxoplasmosis                                                                | No                         | Catarata                                              |                |                                                           | No                 |                                                                                     |
| Cefalea                                                                      | No                         | Retinopatía                                           |                |                                                           | No                 |                                                                                     |
| Trauma craneoencefálico                                                      | No                         | Desprendimiento de Retina                             |                |                                                           | No                 |                                                                                     |
| Otros Antecedentes                                                           | No                         | Ambliopía                                             |                |                                                           | No                 |                                                                                     |
| Cuales: NO REFIERE                                                           |                            | Estrabismo                                            |                |                                                           | No                 |                                                                                     |
| Problemas de Refracción: Si                                                  |                            | Cuales?: MIOPIA                                       |                | Tiempo Evolución (años): -                                |                    |                                                                                     |
| Frecuencia de Uso: PERMANENTE                                                |                            | Tiempo Transcurrido desde el ultimo examen visual: 12 |                | Tiempo transcurrido desde el ultimo cambio de formula: 12 |                    |                                                                                     |
| SIGNOS Y SINTOMAS                                                            |                            |                                                       |                |                                                           |                    |                                                                                     |
| Ardor Ocular                                                                 | No                         | Cansancio Ocular                                      |                | No                                                        | Cefalea            |                                                                                     |
| Disminución agudeza visual lejana                                            | No                         | Disminución agudeza visual próxima                    |                | No                                                        | Dolor Ocular       |                                                                                     |
| Fotofobia                                                                    | No                         | Irritación ocular                                     |                | No                                                        | Lagrimo            |                                                                                     |
| Miodesopsias                                                                 | No                         | Prurito Ocular                                        |                | No                                                        | Salto de Renglones |                                                                                     |
| Secreciones                                                                  | No                         | Visión doble                                          |                | No                                                        |                    |                                                                                     |
| Observaciones: NIEGA                                                         |                            |                                                       |                |                                                           |                    |                                                                                     |
| EVALUACIÓN                                                                   |                            |                                                       |                |                                                           |                    |                                                                                     |
| A. Agudeza Visual                                                            |                            |                                                       |                |                                                           | B. Lensometría     |                                                                                     |
| Sin Corrección                                                               |                            |                                                       | Con Corrección |                                                           | Sin Corrección     | Con Corrección                                                                      |
| Visión Lejana                                                                | Visión Proxima             |                                                       | Visión Lejana  | Visión Proxima                                            |                    |                                                                                     |
| Ojo Derecho                                                                  | 20/30                      | 0.50M                                                 | 20/20          | 0.50M                                                     | -050               | -                                                                                   |
| Ojo Izquierdo                                                                | 20/25                      | 05M                                                   | 20/20          | 0.50M                                                     | -025               | -                                                                                   |

| C. Examen Externo                              |        |                                |     | D. Estado Motor |                                                   |               |                       |       |            |
|------------------------------------------------|--------|--------------------------------|-----|-----------------|---------------------------------------------------|---------------|-----------------------|-------|------------|
| Pingüecula                                     | No     | Cover Test Visión Lejada:      |     | ORTHO           |                                                   |               |                       |       |            |
| Resequedad Ocular                              | No     | Cover Test Visión Próxima:     |     | ORTHO           |                                                   |               |                       |       |            |
| Inyección Conjuntival                          | No     | Punto Próximo de Convergencia: |     | 8 CM            |                                                   |               |                       |       |            |
| Hiperemia Conjuntival                          | No     | Retinoscopia Ojo Derecho:      |     | -050            |                                                   |               |                       |       |            |
| Ptosis Palpebral                               | No     | Retinoscopia Ojo Izquierdo:    |     | -025            |                                                   |               |                       |       |            |
| Pterigio                                       | No     |                                |     | Ojo Derecho     |                                                   | Ojo Izquierdo |                       |       |            |
| Secreción Ocular                               | No     | Estereopsis                    |     | Normal          |                                                   | Normal        |                       |       |            |
| Edemea Palpebral                               | No     | Visión Cromatica               |     | Anormal         |                                                   | Anormal       |                       |       |            |
| Blefaritis                                     | No     | Campo Visual                   |     | Normal          |                                                   | Normal        |                       |       |            |
|                                                |        | Oftalmoscopia                  |     | Normal          |                                                   | Normal        |                       |       |            |
| <b>E. Subjetivo</b>                            |        |                                |     |                 |                                                   |               |                       |       |            |
|                                                | Esfera | Cilindro                       | Eje | Agudeza V.      | DP                                                | DNP           | ALT F                 | ALT V | Prisma     |
| Ojo Derecho                                    | -050   | -                              | -   | 20/20           | -                                                 | -             | -                     | -     | -          |
| Ojo Izquierdo                                  | -025   | -                              | -   | -               | -                                                 | -             | -                     | -     | -          |
| Adición de Lente                               | -      | -                              | -   | -               | -                                                 | -             | -                     | -     | -          |
| <b>DIAGNOSTICO</b>                             |        |                                |     |                 |                                                   |               |                       |       |            |
| <b>Diagnostico</b>                             |        |                                |     |                 | <b>Interpretación</b>                             |               |                       |       |            |
| Miopía                                         |        | Ambos Ojos                     |     |                 | Problema de Refraccion Adecuadamente Corregido    |               |                       |       | Ambos Ojos |
| <b>Descripción Diagnostico</b>                 |        |                                |     |                 | <b>Origen</b>                                     |               | <b>Tipo</b>           |       |            |
| MIOPIA                                         |        |                                |     |                 | Comun                                             |               | Impresión Diagnostica |       |            |
| DEFICIENCIAS DE LA VISION CROMATICA            |        |                                |     |                 | Comun                                             |               | Impresión Diagnostica |       |            |
| <b>RECOMENDACIONES</b>                         |        |                                |     |                 |                                                   |               |                       |       |            |
| Adecuada iluminación del puesto de trabajo     |        |                                |     |                 | Control Optometria en 1 año                       |               |                       |       |            |
| Educación en higiene visual                    |        |                                |     |                 | Pausa activa visual                               |               |                       |       |            |
| Uso de corrección optica permanente.           |        |                                |     |                 | Uso de protección visual según tipo de exposición |               |                       |       |            |
| <b>OBSERVACIONES</b>                           |        |                                |     |                 |                                                   |               |                       |       |            |
| CONTINUAR USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE. |        |                                |     |                 |                                                   |               |                       |       |            |

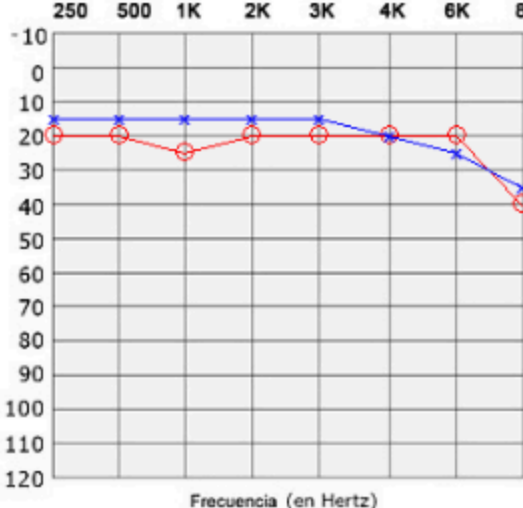
*Diana Villada Ruiz*  
DIANA MARCELA VILLADA RUIZ  
Óptimetro especialista en Seguridad y salud en el trabajo  
Rg No.0773 CTNPO  
Licencia No. 10229 DE 16/09/2014

*Juan Carlos Jimenez*

Atendido por: VILLADA RUIZ DIANA MARCELA  
Reg.: 0773 CTNPO

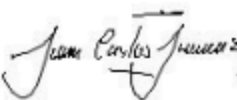
Paciente: JIMENEZ GUTIERREZ JUAN CARLOS  
Identificación: 79878292

## AUDIOMETRIA

| DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                      |                            |                                              |                                | FOTO                                                                                |                   |     |      |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|------|----|----|
| Nombre: JIMENEZ GUTIERREZ JUAN CARLOS                                                                                                                 |                            | Identificación: 79878292                     |                                |  |                   |     |      |    |    |
| Género: MASCULINO                                                                                                                                     | RH: O+                     | Fecha de Nacimiento: 24 de Noviembre de 1977 | Edad: 47                       |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL                                                                                                                |                            | INGRESO                                      | Orden: 374399                  |                                                                                     | Fecha: 2025-09-24 |     |      |    |    |
| EPS: CAPITAL SALUD                                                                                                                                    |                            | ARL: SEGUROS BOLÍVAR                         | AFP: Protección                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| EMPRESA                                                                                                                                               |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| NIT: 01                                                                                                                                               | Razon social: PARTICULARES |                                              | Actividad Economica: -         |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| ENTIDAD EN MISION                                                                                                                                     |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| NIT: 01                                                                                                                                               | Razon social: PARTICULARES |                                              | Actividad Economica: -         |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES                                                                                                                     |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Otitis                                                                                                                                                | No                         | Trauma                                       | No                             |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Cirugía                                                                                                                                               | No                         | Ing. Ototóxicos                              | No                             |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Hipocusua Subjetiva                                                                                                                                   | No                         | Acúfenos                                     | No                             |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Otro                                                                                                                                                  | No                         |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO                                                                                                         |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Tejo                                                                                                                                                  | No                         | Moto                                         | No                             |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Discoteca                                                                                                                                             | No                         | Servicio militar                             | No                             |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Poligono                                                                                                                                              | No                         | Dispositivos de audio                        | No                             |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Otro                                                                                                                                                  | No                         |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA                                                                                                                      |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Descanso Auditivo (horas): 12                                                                                                                         |                            | Realizo Re-Test: No                          | Uso Cabina Sonoamortiguada: Si |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| EVALUACIÓN                                                                                                                                            |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Audiograma                                                                                                                                            |                            | Convenciones                                 |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
|  <p>Pérdida auditiva (en decibels)</p> <p>Frecuencia (en Hertz)</p> |                            | Oído Derecho                                 |                                | Oído Izquierdo                                                                      |                   |     |      |    |    |
|                                                                                                                                                       |                            | Color Rojo                                   |                                | Color Azul                                                                          |                   |     |      |    |    |
|                                                                                                                                                       |                            | Sin E                                        | Con E                          | Sin E                                                                               | Con E             |     |      |    |    |
|                                                                                                                                                       |                            | Conducción Aérea                             | O                              | N/A                                                                                 | X                 | N/A |      |    |    |
|                                                                                                                                                       |                            | Conducción Ósea                              | <                              | N/A                                                                                 | >                 | N/A |      |    |    |
| Inaudible                                                                                                                                             |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Sin E: Sin Enmascaramiento; Con E: Con Enmascaramiento                                                                                                |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Otoscoopia                                                                                                                                            |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Oído Derecho: TAPON DE CERA PARCIAL                                                                                                                   |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Oído Izquierdo: TAPON DE CERA PARCIAL                                                                                                                 |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| CUAT                                                                                                                                                  |                            | No                                           | CUAP                           |                                                                                     | No                |     |      |    |    |
| Frecuencia en Hz                                                                                                                                      |                            | 250                                          | 500                            | 1K                                                                                  | 2K                | 3K  | 4K   | 6K | 8K |
| Oído Derecho Vía Áerea                                                                                                                                |                            | 20                                           | 20                             | 25                                                                                  | 20                | 20  | 20   | 20 | 40 |
| Oído Izquierdo Vía Áerea                                                                                                                              |                            | 15                                           | 15                             | 15                                                                                  | 15                | 15  | 20   | 25 | 35 |
| Oído Derecho Vía Ósea                                                                                                                                 |                            | -                                            | -                              | -                                                                                   | -                 | -   | -    | -  | -  |
| Oído Izquierdo Vía Ósea                                                                                                                               |                            | -                                            | -                              | -                                                                                   | -                 | -   | -    | -  | -  |
| DIAGNOSTICO                                                                                                                                           |                            |                                              |                                |                                                                                     |                   |     |      |    |    |
| Diagnostico                                                                                                                                           |                            |                                              |                                |                                                                                     | Severidad - CAOHC |     |      |    |    |
| Caída en 6000 o 8000 Hz                                                                                                                               |                            |                                              |                                |                                                                                     | Bilateral         |     |      |    |    |
| Normal (0 - 25db)                                                                                                                                     |                            |                                              |                                |                                                                                     | Bilateral         |     |      |    |    |
| Descripción Diagnostico                                                                                                                               |                            |                                              |                                |                                                                                     | Origen            |     | Tipo |    |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                          |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|
| OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES                                                                                                                                                                                                                                | Comun                                                    | Impresión Diagnostica |
| <b>RECOMENDACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                          |                       |
| Control Auditivo en 1 año                                                                                                                                                                                                                                             | Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido |                       |
| Reposo auditivo extralaboral                                                                                                                                                                                                                                          |                                                          |                       |
| <b>OBSERVACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |                       |
| PTA DENTRO DE LOS PARÁMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL<br>DESCENSO EN FRECUENCIAS AGUDAS 8000 HZ DE GRADO LEVE BILATERAL<br>CONTROL AUDITIVO ANUAL<br>IMPLEMENTAR PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA<br>USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN CASO DE EXPOSICIÓN A RUIDO |                                                          |                       |

  
Leidy Johanna Conde Ussa  
Fonocardiología Exp. Sol. Reg.: 120904744  
Licencia No. 12075 de 04/09/2002



Atendido por: CONDE USSA LEIDY JOHANNA  
Reg.: 1019034744

Paciente: JIMENEZ GUTIERREZ JUAN CARLOS  
Identificación: 79878292