



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 58.055

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	09 MES	2025 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) <small>Ciudad</small>	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INDEPENDIENTES				INDEPENDIENTES			
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)							
MORENO RODRIGUEZ KIARA MALY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	23 AÑOS 2 MESES 12 DÍAS	CC	1000455994
						Tipo	Número
Cargo PSICOLOGA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO: 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:							
VISIONOMETRÍA				EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR(CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL) -----			
AUDIOMETRIA							
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL			USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA- REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS)- REALIZAR EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICAMENTE- USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL- BAJAR DE PESO CON DIETA BAJA EN CALORÍAS (GRASAS, HARINAS Y AZÚCARES), REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA PERIÓDICAMENTE- CONTINUAR USO PERMANENTE DE LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL POR PRESENTAR VISIÓN SEVERAMENTE DISMINUIDA SIN EL USO DE GAFAS.EXAMEN OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES- EXAMEN AUDITIVO NORMAL BILATERAL.							
BIOSEGURIDAD : ATENCIÓN BRINDADA AL USUARIO CUMPLE CON LOS LINEAMIENTOS DE BIOSEGURIDAD DADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD EN CUANTO A USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, LAVADO DE MANOS Y MEDIDAS DE HIGIENE EN GENERAL.							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

Médico

Natalia Esparza
Natalia Esparza
Médico Especialista
Salud Comunitaria
Resolución 1381



Firma: _____

Nombre: CC: 1019044876 - NATALIA ESPARZA

R. M.: 1019044876 L.S.O.: 1381 - 03/02/2017

Código de Seguridad

C54311058055

Aspirante o Trabajador

Kiara Moreno R'
1000455994

Firma: _____

Nombre: MORENO RODRIGUEZ KIARA MALY

CC: 1000455994



CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.

Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019

NIT: 901.258.116-2

Ubaté, Cundinamarca

Dir: ClL 8 # 8-103

Tel: 855 2613 - Cel: 313 453 5980

Correo: info@clnicasaguil.com

Samacá, Boyacá

Dir: ClL 6 # 4-80 of. 302

Cel: 322 718 6701

Correo: infosamaca@clnicasaguil.com

www.clinicasaguil.com

AUDIOMETRIA



DATOS PERSONALES

Atención N°: 51763

Fecha: 05/09/2025 Ciudad: VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Eps: SERVISALUD

CC: 1000455994 Nombre: MORENO RODRIGUEZ KIARA MALY Edad: 23 AÑOS 2 M Genero: FEMENINO

Fecha Nacimiento: 24/06/2002 Empresa: INDEPENDIENTES Ocupacion: PSICOLOGA

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
INDEPENDIENTES	PSICOLOGA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

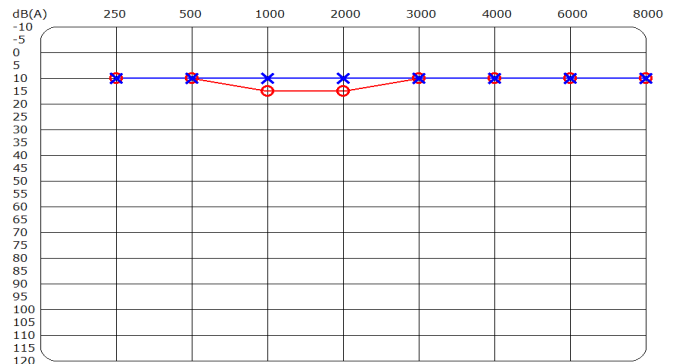
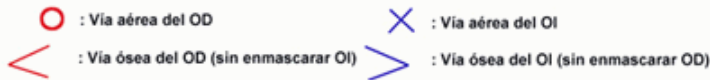
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 72 Hora(s) Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI

Marca y Referencia audiometrú utilizado: AMPLIVOX 240 F. Ultima Calibración: 2025-06-10



OTOSCOPIA

Oído derecho: CERUMEN PARCIAL

Oído izquierdo: NORMAL

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

PTA Oído derecho:12.50

PTA Oído izquierdo:10.00

SEVERIDAD - CAOHC

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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

RECOMENDACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO

USE PROTECCIÓN AUDITIVA

OBSERVACION

Observaciones

AUDICION BILATERAL NORMAL

FONOAUDIÓLOGO

Sofia Calderón V.
Fonoaudióloga RP 3038
ESP. GERENCIA SG-SST L.S.D 2086

Firma: _____

Nombre: CC: 40767670 - SOFIA CALDERON

R. M.: 3038 L.S.O.: 2086 11/03/20

TRABAJADOR

Kiara Moreno R'
1000455994

Firma: _____

Nombre: MORENO RODRIGUEZ KIARA MALY

CC: 1000455994



CLÍNICA LABORAL SAGUIL S.A.S.
Licencia de Salud Ocupacional Res. 25-0442 del 20/05/2019
NIT: 901.258.116-2

Ubaté, Cundinamarca
Dir: Cl 8 # 8-103
Tel: 855 2613 - Cel: 313 453 5980
Correo: info@clnicasaguil.com

Samacá, Boyacá
Dir: Cl 6 # 4-80 of. 302
Cel: 322 718 6701
Correo: infosamaca@clnicasaguil.com
www.clinicasaguil.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 51,486

Fecha: 05/09/2025 Municipio: VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMA/ CC: 1000455994 Nombre: MORENO RODRIGUEZ KIARA MALY Edad: 23 AÑOS 2
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: PSICOLOGA Empresa: INDEPENDIENTES
Eps: SERVISALUD Tipo Evaluación Médica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMI F. Último Examen: 04/2025
Lugar del Último Examen: PARTICULAR Motivo Consulta: CONTROL VISUAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTES
TRAE RX	SI
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/ 800	0.75	N/A	NO APLICA	20/ 25	0.50	
O.I:	NO APLICA	20/ 800	1.25	N/A	NO APLICA	20/ 30-	0.50	
A.O:	NO APLICA	20/ 600	0.75	N/A	NO APLICA	20/ 20	0.50	

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z021	EXAMEN PREEMPLEO	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	AMBOS	Enfermedad general	RELACIONADO 1

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE CON DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL , LA CUAL SE CORRIGE CON RX EN USO , SE SUGIERE CONTROL

OPTOMETRA

Firma: _____
Nombre: CC: 1152354084 - ESPERANZA VARGAS
R. M.: 1848 L.S.O.: 25-00499 DE 2023

PACIENTE

Kiara Moreno R'
1000455994

Firma: _____
Nombre: MORENO RODRIGUEZ KIARA MALY
CC: 1000455994