ASTON MEDICAL IPS SAS
NIT. 901272651
Calle 12 #8-10
Cel. 3214627228 - E-mail. astonmedicalips@gmail.com
www.ipsastonmedical.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.308

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	01 MES	2026 AÑO	SOACHA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	PARTICULAR

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GUTIERREZ GARZON MARIA PAULA	FEMENINO	24 AÑOS 4 MESES 4 DÍAS	CC (Tipo)	1003805341 (Número)

Cargo: **FUNCIONARIO PUBLICO**

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	PORVENIR	NO APLICA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *DIABETES TIPO I*

APTO	APTO PARA EL CARGO QUE POSTULA O DESEMPEÑA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRIA	✓
VISIOMETRIA (EMPRESAS)	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : CONTINUAR VALORACION MEDICA Y ENDOCRINOLOGIA POR DIABETES TIPO I		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

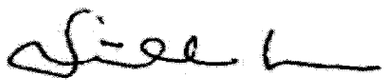
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE FEMENINO DE 24 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE EL DÍA DE HOY A CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL PARA PARA CONSULTA Y VALORACIÓN OCUPACIONAL , EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA ASINTOMÁTICO PARA ALGUNA PATOLOGÍA ACTIVA EN EL MOMENTO SIN SINTOMATOLOGÍA CARDIORRESPIRATORIA, GASTROINTESTINAL, METABÓLICA O URINARIA APARENTE O REFERIDA, PACIENTE SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES Y ARTICULARES PRESENTES AL MOMENTO DE LA CONSULTA,

RECOMENDACIONES GENERALES:

MANTENER HÁBITOS SALUDABLES: DIETA BALANCEADA, EJERCICIO REGULAR Y ADECUADA HIDRATACIÓN.
CONTROLAR PESO Y TENSIÓN ARTERIAL PERIÓDICAMENTE.
EVITAR CONSUMO DE TABACO Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS.
USAR ADECUADAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA SU CARGO.
PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS Y VIGILANCIA ERGONÓMICA.
SE CONSIDERA APTO

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
Firma: 	Código de Seguridad	Firma: 
Nombre: CC: 79004424 - GUILLERMO ADRIAN CHAVES		Nombre: GUTIERREZ GARZON MARIA PAULA
R. M.: 25-852/2004 L.S.O.: 25-00818 DE 2023	Q1094W1C10308	CC: 1003805341

ASTON MEDICAL IPS SAS
NIT. 901272651
Calle 12 #8-10
Cel. 3214627228 - E-mail: astonmedicalips@gmail.com
www.ipsastonmedical.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 1471**

Fecha: 08/01/2026 **Ciudad:** SOACHA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:** SALUD TOTAL
CC: 1003805341 **Nombre:** GUTIERREZ GARZON MARIA PAULA **Edad:** 24 AÑOS 4 MESES 4 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 04/09/2001 **Empresa:** PARTICULAR **Ocupacion:** FUNCIONARIO PUBLICO
Dirección: TV 4 A 3 92 **Teléfono:** 3229425909 **Tipo de Vinculación:** Particular

DATOS DEL ACUDIENTE

Nombre del Acompañante: NO APLICA **Parentesco:** NO REPORTA **Telefono Acompañante:** NO REPORTA
Nombre del Responsable: MARLI GARZON **Parentesco:** MADRE **Telefono Responsable:** 3208334261

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	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	SI. OCASIONAL	AUDÍFONOS	SI. OCASIONAL
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

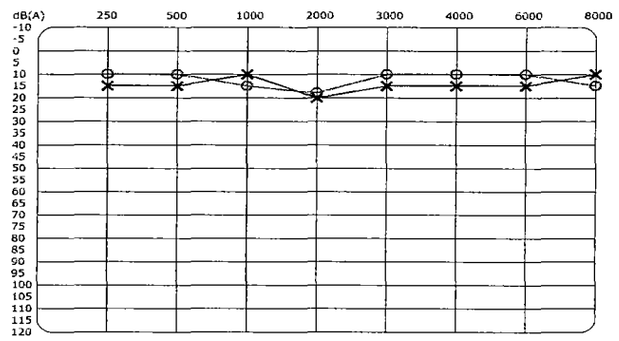
Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: SIBELMED **F. Ultima Calibración:** 2024-04-10

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: NORMAL
Oído izquierdo: TAPÓN PARCIAL DE CER

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	10	15	18	10	10	10	15
VAOI	15	15	10	20	15	15	15	10



PTA Oido derecho: 13.25 **PTA Oido izquierdo:** 15.00

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	Enfermedad general	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
LAVADO AUDITIVO OIDO IZQUIERDO	EXTRACCIÓN DE CERA POR TAPÓN PARCIAL DE CERUMEN

Observaciones

- AUDICIÓN DENTRO DE LOS PARÁMETROS DE NORMALIDAD.
- SE RECOMIENDA CONTROL AUDITIVO ANUAL, ADEMÁS DE TENER EN CUENTA PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO.
- -SE RECOMIENDA EXTRACCIÓN DE CERA EN OÍDO IZQUIERDO , POR TAPÓN DE CERUMEN PARCIAL

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: CC: 1024597452 - JULIETH ALEXANDRA CRUZ

R. M.: 1024597452 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

R1094X2D1471

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: GUTIERREZ GARZON MARIA PAULA

CC 1003805341

ASTON MEDICAL IPS SAS
NIT. 901272651
Calle 12 #8-10
Cel. 3214627228 - E-mail. astonmedicalips@gmail.com
www.ipsastonmedical.com



EXAMEN DE VISIOMETRIA (EMPRESAS)

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 1,711**

Fecha: 08/01/2026 **Municipio:** SOACHA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) **CC:** 1003805341 **Nombre:** GUTIERREZ GARZON MARIA PAULA **Edad:** 24 AÑOS 4
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** FUNCIONARIO PUBLICO **Empresa:** PARTICULAR
Eps: SALUD TOTAL **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 2 MESES
Lugar del Último Examen: BOGOTA **Motivo Consulta:** EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO
Dirección: TV 4 A 3 92 **Teléfono:** 3229425909 **Tipo de Vinculación:** Particular

DATOS DEL ACUDIENTE

Nombre del Acompañante: NO APLICA **Parentesco:** NO REPORTA **Telefono Acompañante:** NO REPORTA
Nombre del Responsable: MARLI GARZON **Parentesco:** MADRE **Telefono Responsable:** 3208334261

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	DIABETES TIPO 1
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	PANTALLAS
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTES
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	ASTIGMATISMO MIOPICO AO
USA ANTEOJOS	SI 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	20/400	20/200	20/20	NO APLICA	20/20	20/20
O.I:	NO APLICA	20/400	20/200	20/20	NO APLICA	20/20	20/20
A.O:	NO APLICA	20/400	20/200	20/20	NO APLICA	20/20	20/20

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL
H521	MIOPIA	AMBOS	Enfermedad general	RELACIONADO 1

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

USO DE GAFAS PERMANENTES CON FILTRO UV Y FILTRO AR
CONTROLES ANUALES

OPTOMETRA

Mónica Sánchez

Firma:
Nombre: CC: 1032408875 - MONICA ALEXANDRA SANCHEZ
R. M.: CC 1032408875 / CTNP **L.S.O.:**

Código de Seguridad
N1094T3Z1711

PACIENTE

Firma:
Nombre: GUTIERREZ GARZON MARIA PAULA
CC: 1003805341