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° 23.976

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	01 MES	2025 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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
NIÑO ARAGON YURANY	FEMENINO	38 AÑOS 5 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1106392884 (Número)

Cargo	Dependencia del Trabajador
INSTRUCTOR PRESENCIAL	**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	✓	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
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

AL INGRESO SE ENCUENTRA TRABAJADOR EN BUENA CONDICION, SIN RESTRICCION MEDICA PARA LAS ACTIVIDADES DEL 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
G579M1S23976

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: NIÑO ARAGON YURANY

CC: 1106392884

Dr. MIGUEL ÁNGEL BARRIOS SAS
Salud Empresarial y Auditoría Médica

VALORACION AUDIOMETRICA OCUPACIONAL

1.INFORMACION GENERAL

Fecha: 25/01/2025 Empresa: SENA Tipo de examen: I X P ___ R ___ A ___

Nombre: Yuany [illegible] CC No: 1106302884

Sexo: F X M ___ Edad: 38 Tel: 3138001613 Cargo: Instructora

Antigüedad: ___ Reposo auditivo: SI ___ NO ___ Uso de EPA: SI ___ NO ___ Tipo: ___

2. ANTECEDENTES DE SALUD OTOLOGICOS Y ACTIVIDAD EXTRALABORAL

OTOLOGICOS			INGESTA OTOTOXICOS	Si	No	EXTRALABORALES		
OTALGIA	Si	No	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	Si	No	MOTO	Si	No X
OTITIS	Si	No	QUIRURGICO			TEJO	Si	No
OTORREA	Si	No	CIRUGIA DE OIDO	Si	No	SERVICIO MILITAR	Si	No
OTORRAGIA	Si	No	TIMPANOPLASTIA	Si	No	POLIGONO	Si	No
PRURITO	Si	No	CX CABEZA O CUELLO	Si	No	DISCOTECA	Si	No
SENSACION OIDO TAPADO	Si X	No	PATOLOGIAS			WALMAN	Si	No
TRANSTORNOS EQUILIBRIO	Si	No	HIPERTENSION ARTERIAL	Si	No	INSTRUMENTO MUSICAL	Si	No
TINITUS/ACUFENOS	Si	No	DIABETES	Si	No	ARMA DE FUEGO	Si	No
CONSIDERA QUE ESCUCHA BIE	Si	No	RENITIS/SINUSITIS	Si X	No	VIVE ZONA DE RUIDO	Si	No
AUDIOMETRIA PREVIA	SI	No						

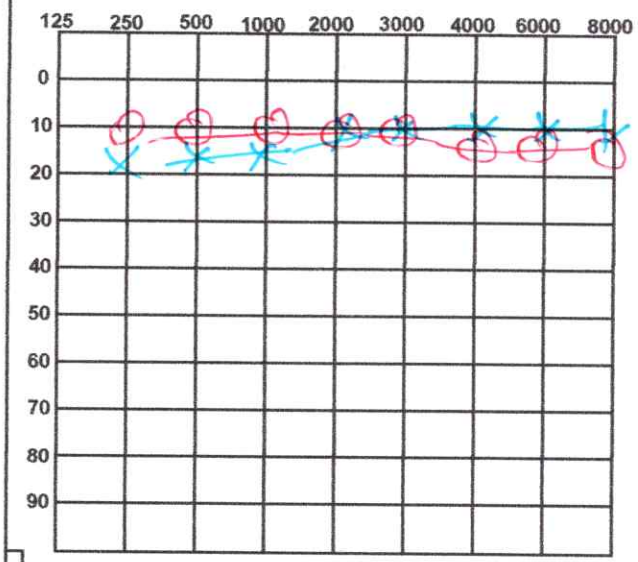
TIEMPO EN EL OFICIO: ___

3. OTOSCOPIA

OD: CAE LIBRE DE CERUMEN X RESTOS DE CERUMEN ___ OI: CAE LIBRE DE CERUMEN X RESTOS DE CERUMEN ___

Observaciones: ___

4.EVALUACION AUDIOGRAMA



5, ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FECHA		EXP	USO EPA	
		INGRESO	EGRESO	AÑOS	SI	NO

6, VALORACION AUDIOMETRICO GATISO

FRECUENCIA	OD	OI	BILATERAL
500			
1000			
2000			
3000			
4000			
6000			
8000			
NORMAL			

7, PTA (PROMEDIO DE TONOS AEREOS)

N:normal L:leve M:moderado S:severo P:profundo

	500 HZ	1000 HZ	2000 HZ	3000 HZ	PROMEDIO	GRADO
OD						
OI						

8. DIAGNOSTICO AUDIOMETRICO

FECHA DE CALIBRACION DEL EQUIPO 11-01-2024

OD: Normal FRECUENCIAS ___

OI: Normal FRECUENCIAS ___

9. RECOMENDACIONES: CONTROL SEGÚN PVE ANUAL X SEMESTRAL ___ USO DE EPA SEGÚN PVE X AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA ___ AUDIOMETRIA CLINICA ___

VALORACION POR ORL: ___ EXAMENES COMPLEMENTARIOS ___ LIMPIEZA OTICA OD ___ OI ___ REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL ___ NO UTILIZAR EMP 3 ___

Consentimiento informado: Certifico que he sido informado con anterioridad sobre las limitaciones, beneficios, riesgos, y acepto la realización de la audiometria, asi mismo autorizo a la entidad y a sus profesionales en salud para el manejo de la nformación aquí contenida, la cual puede ser usada para seguimiento y análisis o para determinar las caracteristicas, estadisticas de diagnóstico de condiciones de salud de la población a la que haga parte, dentro del marco de confidencialidad médica. Refiero entender lo escrito en el consentimiento informado de forma voluntaria firmo el presente documento en señal de aceptación.

SEVERIDAD OSHA: NORMAL(0-20 dB), LEVE(25-40 dB), MODERADO(41-60 dB), SEVERO(61-80 dB), PROFUNDO(81 dB)

Paola A. Rodriguez D
FONOAUDIÓLOGA
U Nacional

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

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: 12,145

Fecha: 25/01/2025 **Municipio:** IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **CC:** 1106392884 **Nombre:** NIÑO ARAGON YURANY **Edad:** 38 AÑOS 5
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR PRESENCIAL **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Eps: SALUD TOTAL **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 18 MESES
Lugar del Último Examen: IBAGUE **Motivo Consulta:** INGRESO OCUPACIONAL

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	COMPUTADOR
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	20/20	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
K579Q3W12145

PACIENTE

Firma:
Nombre: NIÑO ARAGON YURANY
CC: 1106392884

LABORATORIO Diagnosticar
SALUD, SEGURIDAD ALIMENTARIA Y OCUPACIONAL

Claudia Patricia Mesa Mejia
NIT. 65749723-9
Calle 44 bis # 2-33 piedrapintadabaja Ibague Tolima
Cel. 310 207 9111 - Tel. 2788233
E-mail. laboratorioclinicodiagnosticar@hotmail.com
diagnosticar.com.co

Código de Seguridad
L1267R33X43164

DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 43164

Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** sábado, 25 de enero de 2025 09:52:45 a.m.

Nombres y Apellidos: NIÑO ARAGON YURANY **CC:** 1106392884 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 23/08/1986 **Edad:** 38 AÑOS 5 MESES 3 DÍAS **Entidad:** DR MIGUEL ANGEL BARRIOS

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

EXAMÉN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	70	60-110mg/dl

Claudia Patricia Mesa Mejia
Bacteriólogo(a) RP: 10038

VALORACION PSICOLOGIA OCUPACIONAL

ENFASIS PSICOSOCIAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO EXAMEN PSICOLOGICO OCUPACIONAL					
25	**1**	**2025**	IBAGUE	Ingreso	**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) NIÑO ARAGON

YURANY		**NIÑO**	**ARAGON**	Doc. identificación	
					1.106.392.884
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 PSICOSOCIAL	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**

Registro Colegio Colombiano de Psicólogos 101411