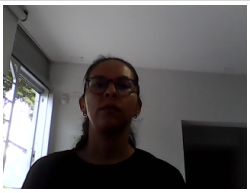
NIT. 809006277-5
Lic SO 4025 SS Tol
Calle 37 No. 4H-24 Tel: (608)2645821
informacion@servirsas.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL NO.43553

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

INFORMACIÓN GENERAL — **Tipo de atención:** Presencial



Tipo Examen: Preocupacional	**Ciudad** Ibagué	**Fecha** 19/02/2024
Empresa Contratante: CONSULTA PARTICULAR		
Empresa en Mision:		
Documento: CC 1110512664	**Nombre:** LISETH ALEJANDRA VARELA MELO	
Cargo INSTRUCTOR		

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

TEST PSICOSOCIAL ,GLICEMIA,PERFIL LIPIDICO,CUADRO HEMATICO - HEMOGRAMA TIPO III,EXAMEN DE OPTOMETRIA,AUDIOMETRIA

CONCEPTOS	**Temporalidad**
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO	

CONCEPTOS DE ACUERDO AL ENFASIS

Enfasis	Concepto	Observaciones
CARDIOVASCULAR	REALIZADO	
OSTEOMUSCULAR	REALIZADO	

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS EMPRESA

CONDICIONES DE TRABAJO ADECUADAS Y SEGURAS
CAPACITACIÓN EN NORMAS DE SEGURIDAD
ADECUADA ILUMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO
INDUCCIÓN AL PUESTO DE TRABAJO

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS TRABAJADOR

CUMPLIR CON NORMAS DE SEGURIDAD LABORAL
HIGIENE POSTURAL Y VISUAL
USO DE CORRECCIÓN VISUAL EN EL PUESTO DE TRABAJO

RECOMENDACIONES GENERALES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN SEGÚN TIPO DE RIESGO
HÁBITOS NUTRICIONALES SALUDABLES
EJERCICIO REGULAR 3 VECES POR SEMANA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES PREVENTIVAS

OSTEOMUSCULAR: PAUSAS ACTIVAS Y PASIVAS, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y POSTURAS ADECUADAS.

SVE desórdenes osteomusculares: NO CASO

Remisión a EPS: NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES

DECLARACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ABAJO FIRMANTE: Certifico que he sido informado por el personal de SERVIR SAS, acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes médicos y exámenes complementarios a realizar. Por tal motivo dejo constancia de mi consentimiento para la realización de los exámenes referenciados en este documento. Manifiesto que comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos de los exámenes a realizar, por tal razón exonero de responsabilidad a SERVIR SAS y al médico abajo firmante, sobre el efecto que tenga el concepto de aptitud laboral emitido en el presente documento, sobre mi estabilidad y/o contratación laboral. De igual forma dando cumplimiento a lo previsto por la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales y el Decreto 1373 de 2013 reglamentación parcial Ley 1581, autorizo expresamente a SERVIR SAS, para que de manera libre, voluntaria y debidamente informada, realice el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos personales. A su vez manifiesto que he sido informado de los resultados de los exámenes realizados y de las recomendaciones a seguir. A demás manifiesto que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado.

Concepto emitido por el medico evaluador, con base al examen medico ocupacional y a los examenes complementarios realizados. de acuerdo a lo solicitado por la empresa contratante, SG SST. El examen medico y paraclinicos, se realizaron bajo protocolos de bioseguridad de prevención COVID-19, implementado en la IPS SERVIR SAS.

Alejandra Varela

Firma Trabajador
CC 1110512664

Evaluado por: Ricardo Adolfo Trujillo Gonzalez
RM. 36281 - Lic. 3119 Medico E.S.O

01089529

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 : VARELA MELO LISETH ALEJANDRA
Historia : 1110512664
Identificación : 1110512664
Edad/Sexo : 32 / M
Telefono : .
Remisión : 01089529

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SERVIR SAS
Fecha Recepción: 2024-02-19 09:14:07
Fecha Impresión : 2024-02-19 11:57:45.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
Hemograma Tipo III - Método Automático				
HEMOGRAMA				
Recuento de Eritrocitos	**4.73**	x10^6/mm^3	4.50 -	6.50 x10^6/mm^3
Hemoglobina	**12.8**	g/dl	Hom. 14.5-16.5	Muj. 12.0-15.0
Hematocrito	**40.01**	%	Hom. 40 - 50	Muj. 35 - 45
Volumen Corpuscular Medio	**85**	um^3	80 -	100 fl
HB Corspuscular Media	**27.1**	pg	27.0 -	32.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**32.0**	g/dl	31.0 -	38.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**13.8**	%	11.5 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	**292**	x10^3/mm^3	150 -	450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**7.8**	um^3	6.0 -	10.0 fl
Ancho Distribución Plaquetaria	**38.4**			
Plaquetocrito	**0.23**			
Recuento de Leucocitos	**6.00**	x10^3mm^3	4.0	10.0
% Neutrofilos	**69.7**	%		
% Linfocitos	**23.9**	%	25.0 -	50.0 %
% Monocitos	**6.3**	%	2.0 -	10.0 %
# Neutrofilos	**4.19**	x10^3mm^3		
# Linfocitos	**1.44**	x10^3mm^3	1.0 -	5.00 x10^3mm^3
# Monocitos	**0.38**	x10^3mm^3	0.20 -	1.50 x10^3mm^3

Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 10:28

Validado por:

MARIA STELLA PEÑA BOTERO
BACTERIOLOGA
T.P. 42067747

QUIMICA

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: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

01089529

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 : VARELA MELO LISETH ALEJANDRA
Historia : 1110512664
Identificación : 1110512664
Edad/Sexo : 32 / M
Telefono : .
Remisión : 01089529

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SERVIR SAS
Fecha Recepción: 2024-02-19 09:14:07
Fecha Impresión : 2024-02-19 11:57:45.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

QUIMICA

Glucosa

-

Glucosa **90.97** mg/dl 70 - 105 mg/dL

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

Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44

RESULTADOS HISTORICOS 26/05/2021
RESULTADO 69.59

Triglicéridos

Trigliceridos **100** mg/dl

> 500 mg/dL MUY ALTO
200 - 499 mg/dL ALTO
150 - 199 mg/dL DUDOSO
Hasta 150 mg/dL BAJO

Técnica:Colorimetrica enzimatica

Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44

RESULTADOS HISTORICOS 26/05/2021
RESULTADO 67

Colesterol Total

Colesterol **211.7** mg/dl

Optimo : Hasta 200 mg/dl
Moderado: 200 - 239 mg/dl
Elevado : > 240 mg/dl

Técnica: Colorimetrica Enzimática

Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44

RESULTADOS HISTORICOS 26/05/2021
RESULTADO _

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: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

01089529

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 : VARELA MELO LISETH ALEJANDRA
Historia : 1110512664
Identificación : 1110512664
Edad/Sexo : 32 / M
Telefono : .
Remisión : 01089529

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SERVIR SAS
Fecha Recepción: 2024-02-19 09:14:07
Fecha Impresión : 2024-02-19 11:57:45.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Colesterol de Alta Densidad - HDL			
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**49.01**	mg/dl	Riesgo elevado: Hasta 35 mg/dL Riesgo bajo: > 60 mg/dL
Técnica: DIRECTO			
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Colesterol de Baja Densidad - LDL Enzimático			
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**142.69**	mg/dl	Hasta 100 mg/dL OPTIMO 100-129 mg/dL CASI OPTIMO 130-159 mg/dL MODERADO 160-189 mg/dL ELEVADO > 190 mg/dL MUY ELEVADO
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Colesterol VLDL			
Colesterol VLDL	**20.00**	mg/dl	5 - 40
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Indice Arterial			
Indice Arterial	**4.3**		Hasta 5
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			

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: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

01089529

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 : VARELA MELO LISETH ALEJANDRA
Historia : 1110512664
Identificación : 1110512664
Edad/Sexo : 32 / M
Telefono : .
Remisión : 01089529

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SERVIR SAS
Fecha Recepción: 2024-02-19 09:14:07
Fecha Impresión : 2024-02-19 11:57:45.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

QUIMICA

Validado por:



CARLOS ALBERTO RAMIREZ
BACTERIOLOGO
007110

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: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

SERVIR S.A.S

NIT. 809006277-5
Lic SO 4025 SS Tol
Calle 37 No. 4H-24 Tel: (608)2645821
informacion@servirsas.com

EXAMEN DE OPTOMETRIA

ORDEN 46658

INFORMACIÓN GENERAL



Tipo Examen: Preocupacional **Ciudad** Ibagué **Fecha** 19/02/2024

Empresa Contratante: CONSULTA PARTICULAR

Empresa en Mision:

Documento: CC 1110512664 **Nombre:** LISETH ALEJANDRA VARELA MELO

Cargo INSTRUCTOR

1. ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICIÓN A RIESGOS OCULARES

Empresa	CONSULTA PARTICULAR	Cargo	INSTRUCTOR

Tiempo de exposición	Factor de riesgo	Tipo protección

2. ANTECEDENTES DE SALUD

Generales	Si/No	Cual	Visuales	Si/No	Cual
Personales	No		Patologías	No	
Familiares	No		Cirugía	No	
Tratamientos	No		Usa anteojos	Si	
Toma Medicamentos	No		Lentes de contacto	No	

3. CARACTERISTICAS DEL PUESTO DE TRABAJO

Características	Si/No	Características	Si/No
Realiza trabajo de precisión	No	Trabaja con videoterminales	No
Esta expuesto a Vapores - Humo - Polvo	No	Inconvenientes visuales relacionados con el trabajo	No

Sintomatología

4. EXAMEN VISUAL

		SIN CORRECCION		CON CORRECCION	
AGUDEZA VISUAL		Visión lejana	Visión Próxima	Visión Lejana	Visión Próxima
	O.D.	20-200	05M	20-20	
	O.I.	20-200	05M	20-20	

EXAMEN EXTERNO	OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO	
	PINGUECULA NASAL		PINGUECULA NASAL	
MOTILIDAD OCULAR	Punto próximo de convergencia			
	Cover test visión lejana	ORTHO	Cover tes visión próxima	X
OFTALMOSCOPIA	O.D.	NO PRESENTA ALTERACION PATOLOGICA		
	O.I.	NO PRESENTA ALTERACION PATOLOGICA		

REFRACCION	O.D.	MENOS250ESF			A.V.	20-20		
	O.I.	MENOS250ESF			A.V.	20-20		
	Prescripción final	O.D.	MENOS250ESF		A.V.	20-20	D.P.	
		O.I.	MENOS250ESF		A.V.	20-20	D.P.	

VISION COLOR	O.D.	Normal	O.I.	Normal	ESTEREOPSIS	Normal
OBSERVACION						

5. DIAGNOSTICO CIE10

H521 Miopía

6. CONDUCTA

Uso de corrección óptica

Este examen se realizo bajo protocolos de bioseguridad de prevención COVID-19, implementado en la IPS SERVIR SAS.

Aspirante o Trabajador

Alejandra Varela

LISETH ALEJANDRA VARELA MELO
CC 1110512664

Evaluado por:

Andrea Vidal Arevalo
T.P 8381 Fundacion Universitaria San Martin

SERVIR S.A.S

NIT. 809006277-5
Lic SO 4025 SS Tol
Calle 37 No. 4H-24 Tel: (608)2645821
informacion@servirsas.com

AUDIOMETRIA

ORDEN 46658

INFORMACIÓN GENERAL



Tipo Examen: Preocupacional **Ciudad** Ibagué **Fecha** 19/02/2024

Empresa Contratante: CONSULTA PARTICULAR

Empresa en Mision:

Documento: CC 1110512664 **Nombre:** LISETH ALEJANDRA VARELA MELO

Cargo INSTRUCTOR

ANTECEDENTES PERSONALES

Salud	Auditivos	Laborales y extralaborales
No refiere	No refiere	Uso de audifono manos libres

Observaciones: N.R

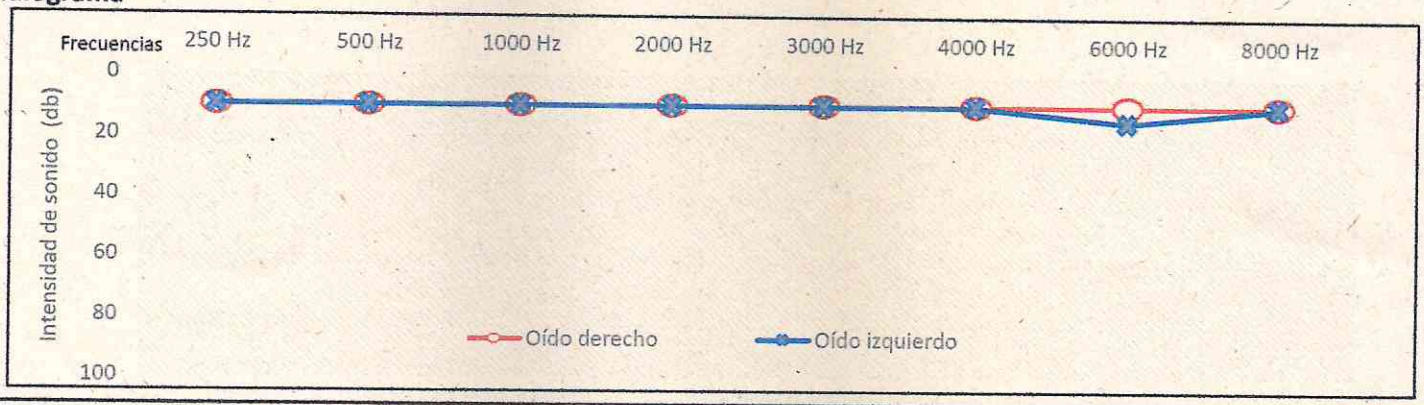
OTOSCOPIA

Oído derecho	Normal	Oído izquierdo	Normal

Audiometría de tonos puros

Frecuencias	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Oído derecho	10	10	10	10	10	10	10	10
Oído izquierdo	10	10	10	10	10	10	15	10

Audiograma



OIDO		DIAGNOSTICO CIE - 10
Derecho	CIE 10	Audición normal
	Descrip	Audición normal
Izquierdo	CIE 10	Audición normal
	Descrip	Audición normal
Observaciones:		Audición normal

RECOMENDACIONES

Realizar control según el PVE de la empresa		Reposo auditivo extra laboral
Control auditivo anual		

Este examen se realizo bajo protocolos de bioseguridad de prevención COVID-19, implementado en la IPS SERVIR SAS.

Aspirante o Trabajador

Alejandra Varela

LISETH ALEJANDRA VARELA MELO
CC 1110512664

Evaluado por:

Andrea Aguirre

Andrea Yineth Aguirre Bustos
E.S.O Reg. 13542 UMB

SERVIR S.A.S
NIT. 809006277-5
Lic SO 4025 SS Tol
Calle 37 No. 4H-24 Tel: (608)2645821
informacion@servirsas.com

TEST PSICOSOCIAL
ORDEN 46658

INFORMACIÓN GENERAL



Tipo Examen: Preocupacional **Ciudad** Ibagué **Fecha** 19/02/2024
Empresa Contratante: CONSULTA PARTICULAR
Empresa en Mision:
Documento: CC 1110512664 **Nombre:** LISETH ALEJANDRA VARELA MELO
Cargo INSTRUCTOR

TEST PSICOLOGICO (PSICOSOCIAL) LABORAL

Este Test se creo con el objeto de evaluar estado psicologico (psicosocial), para ingreso o control laboral

CONCEPTO

Paciente que se muestra orientado en tiempo y espacio, disposicion adecuada, emocionalmente estable, es coherente en su pensamiento y lenguaje.

Se evidencia buena percepción de si mismo, habilidades para el trato con otras personas y cuenta con un grupo de apoyo a nivel social y familiar. No se evidencia indicativos de riesgos a nivel familiar, se recomienda actividades a nivel personal que sean de su agrado.

Sin evidenciar rasgos psicopatológicos durante la evaluación.

CONDUCTA

Sin restricción para control laboral o ingreso laboral según entrevista y prueba psicotecnica aplicada

Estado psicologico adecuado al momento de la entrevista y prueba psicotecnica.

DECLARACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respecto a la entrevista y la aplicación del test para el trabajo en alturas y/o espacios confinados. Doy consentimiento para realizar la entrevista y aplicar el test como herramienta complementaria, para determinar si existe o no restriccion para el trabajo en alturas y/o espacios confinados. Actuo conciente, libre y voluntariamente, contribuyendo sin omitir informacion acerca de mis antecedentes personales en salud y de mi personalidad, todo lo expresado por mi es veridico.

Este examen se realizo bajo protocolos de bioseguridad de prevención COVID-19, implementado en la IPS SERVIR SAS.

Aspirante o Trabajador

Alejandra Varela

LISETH ALEJANDRA VARELA MELO
CC 1110512664

Evaluado por:

Luisa Moreno

Luisa Fernanda Moreno Rodriguez
T.P. 106088

01089529

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	: VARELA MELO LISETH ALEJANDRA	**Origen**	: IBAGUE - TOLIMA
Historia	: 1110512664	**Convenio**	: SERVIR SAS
Identificación	: 1110512664	**Fecha Recepción**	: 2024-02-19 09:14:07
Edad/Sexo	: 32 / M	**Fecha Impresión**	: 2024-02-19 11:57:45.
Telefono	: .	**Empresa**	:
Remisión	: 01089529		

HEMATOLOGIA

Hemograma Tipo III - Método Automático

HEMOGRAMA

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
Recuento de Eritrocitos	**4.73**	x10^6/mm^3	4.50 -	6.50 x10^6/mm^3
Hemoglobina	**12.8**	g/dl	Hom. 14.5-16.5	Muj. 12.0-15.0
Hematocrito	**40.01**	%	Hom. 40 - 50	Muj. 35 - 45
Volumen Corpuscular Medio	**85**	um^3	80 -	100 fl
HB Corspuscular Media	**27.1**	pg	27.0 -	32.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**32.0**	g/dl	31.0 -	38.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**13.8**	%	11.5 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	**292**	x10^3/mm^3	150 -	450 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**7.8**	um^3	6.0 -	10.0 fl
Ancho Distribución Plaquetaria	**38.4**			
Plaquetocrito	**0.23**			
Recuento de Leucocitos	**6.00**	x10^3mm^3	4.0	10.0
% Neutrofilos	**69.7**	%		
% Linfocitos	**23.9**	%	25.0 -	50.0 %
% Monocitos	**6.3**	%	2.0 -	10.0 %
# Neutrofilos	**4.19**	x10^3mm^3		
# Linfocitos	**1.44**	x10^3mm^3	1.0 -	5.00 x10^3mm^3
# Monocitos	**0.38**	x10^3mm^3	0.20 -	1.50 x10^3mm^3

Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 10:28

Validado por:

MARIA STELLA PEÑA BOTERO
BACTERIOLOGA
T.P. 42067747

QUIMICA

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: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

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 : VARELA MELO LISETH ALEJANDRA
Historia : 1110512664
Identificación : 1110512664
Edad/Sexo : 32 / M
Telefono : .
Remisión : 01089529

Origen : IBAGUE - TOLIMA
Convenio : SERVIR SAS
Fecha Recepción: 2024-02-19 09:14:07
Fecha Impresión : 2024-02-19 11:57:45.
Empresa :

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Glucosa			
-			
Glucosa	**90.97**	mg/dl	70 - 105 mg/dL
Valor de Referencia: 70-105 mg/dL			
Técnica:Colorimetrica			
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44	**RESULTADOS HISTORICOS**	26/05/2021	
	RESULTADO	69.59	
Triglicéridos			
Trigliceridos	**100**	mg/dl	> 500 mg/dL MUY ALTO 200 - 499 mg/dL ALTO 150 - 199 mg/dL DUDOSO Hasta 150 mg/dL BAJO
Técnica:Colorimetrica enzimatica			
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44	**RESULTADOS HISTORICOS**	26/05/2021	
	RESULTADO	67	
Colesterol Total			
Colesterol	**211.7**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
Técnica: Colorimetrica Enzimática			
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44	**RESULTADOS HISTORICOS**	26/05/2021	
	RESULTADO		

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: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

01089529

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	: VARELA MELO LISETH ALEJANDRA	**Origen**	: IBAGUE - TOLIMA
Historia	: 1110512664	**Convenio**	: SERVIR SAS
Identificación	: 1110512664	**Fecha Recepción**	: 2024-02-19 09:14:07
Edad/Sexo	: 32 / M	**Fecha Impresión**	: 2024-02-19 11:57:45.
Telefono	: .	**Empresa**	:
Remisión	: 01089529		

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Colesterol de Alta Densidad - HDL			
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**49.01**	mg/dl	Riesgo elevado: Hasta 35 mg/dL Riesgo bajo: > 60 mg/dL
Técnica: DIRECTO			
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Colesterol de Baja Densidad - LDL Enzimático			
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**142.69**	mg/dl	Hasta 100 mg/dL OPTIMO 100-129 mg/dL CASI OPTIMO 130-159 mg/dL MODERADO 160-189 mg/dL ELEVADO > 190 mg/dL MUY ELEVADO
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Colesterol VLDL			
Colesterol VLDL	**20.00**	mg/dl	5 - 40
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			
Indice Arterial			
Indice Arterial	**4.3**		Hasta 5
Fecha / Hora Validado : 2024-02-19 / 11:44			

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: 01089529

URL : https://n9.cl/validaresultbioanalisisibague

SERVIR S.A.S

NIT. 809006277-5
Lic SO 4025 SS Tol
Calle 37 No. 4H-24 Tel: (608)2645821
informacion@servirsas.com

ORDEN 46658
Fecha 19/02/2024

155400

ANEXO A HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Ibagué, 19 de Febrero de 2024

Documento: CC 1110512664

Nombre: LISETH ALEJANDRA VARELA MELO

Empresa Remitente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

I.CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACION PARA LA REALIZACION DE EXAMENES Y TAMIZAJES OCUPACIONALES.

Certifico que he sido informado por el personal de SERVIR SAS, acerca de los propósitos del examen médico ocupacional y de las pruebas complementarias a realizar. Igualmente, se me informa sobre la naturaleza del COVID-19, modos de contagio y las medidas de bioseguridad implementadas en SERVIR SAS, para prevenir el riesgo de transmisión del virus e indicaciones de aislamiento por sintomatología asociada.

Beneficios: Obtener conocimiento del estado clínico según exámenes realizados. No tener restricciones dentro de las funciones del cargo. Si requiere; se emite remisión a EPS para seguimiento clínico.

Riesgos: Omitir información de los antecedentes de salud. No cumplir con los criterios, o que tenga restricción para el cargo según profesiograma, y/o factores de riesgo en la exposición en el cargo.

Manifiesto que comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riegos de los exámenes a realizar. Por tal motivo dejo constancia que doy mi consentimiento para realizar los exámenes y/o pruebas solicitadas por mi y/o mi empresa contratante. Entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento: Autorizo la realización de los siguientes exámenes y/o pruebas complementarias:

Audiometria ,Examen de optometria,Cuadro hematico - hemograma tipo iii,Perfil lipidico,Glicemia,Test psicosocial ,Examen medico preocupacional

II. DECLARACIONES DE SALUD Y ANTECEDENTES MEDICOS

La información que aquí registra, sobre su estado de salud y sus antecedentes personales, tienen por objeto suministrar información al médico ocupacional, para determinarsu aptitud laboral.

Conociendo el propósito de la información solicitada, declaro bajo la gravedad del juramentoque la informaciónescrita en este anexo sobre mi estado de salud esverídica y completa. Soy consciente que la omisión de información sobre mi estado de salud puede afectar mi condición de salud laboral, por tal motivo confirmo que no presento antecedentes de salud adicionales a los aquí expresados que me generen alteraciones en la salud para la ejecución de las tareas a realizar.

1. Tiene o ha tenido alguna enfermedad. SI_____ NO X Cual ?_____
2. Le han realizado procedimientos quirúrgicos. SI_____ NO X Cual ?_____
3. Tiene algún procedimiento quirúrgico pendiente. SI_____ NO X Cual ?_____
4. Toma algún tipo de medicamento. SI_____ NO X Cual ?_____
5. Ha presentado traumas (golpes, fracturas). SI_____ NO X Cual ?_____
6. Ha sido hospitalizado. SI_____ NO X Por qué? _____
7. Se le ha aplicado alguna vacuna en los últimos 10 años. SI X NO_____ Cual ? COVID , Influenza
8. Presenta alguna alergia a sustancias o medicamentos. SI_____ NO X Cual ?_____
9. Ha sufrido algún accidente laboral reportado a la ARL en la empresa donde ha trabajado. SI____ NO X
Cual?_____
10. Le han calificado alguna enfermedad relacionada con el trabajo por EPS o ARL. SI____ NO X
Cual ?_____

III. AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONASLES

Dando cumplimiento a lo previsto por la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales y el Decreto 1373 de 2013 reglamentación parcial Ley 1581, autorizo expresamente a SERVIR SAS, para que de manera libre, voluntaria y debidamente informada, realice el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de mis datos personales (nombre, datos de contacto, datosdemográficos e informaciónclínica) sean recolectados y conservados dentro de la base de datos de SERVIR SAS, cuyo uso se encuentra destinado a establecer y mantener una constante comunicación con los usuarios, pacientes, clientes y proveedores, para mantenerlos informados sobre modificaciones de las pruebas de diagnóstico, cambios en el portafolio de servicios, u otros fines pertinentes a la prestación de los servicios. Reconozco el derecho y el deber de los colaboradores de SERVIR SAS, a aplazar o cancelar los exámenes a realizar, en caso de incumplir por mi parte con las medidas de bioseguridad y autoprotección, ampliamente explicadas en la IPS, dada la necesidad de prevenir la propagación del COVID-19 en el país.

Firma Paciente:

Alejandra Varela Melo

No. Documento: 1110512664

Huella indice derecho



SOMOS MEDICINA OCUPACIONAL Y LABORAL SAS

Nit 901.184.145-7

CALLE 39B # 4B - 76 BARRIO MACARENA

IBAGUE- TOLIMA

Examen No.	191		
Nombre	LISETH ALEJANDRA VARELA MELO	**Cargo**	Otros
Identificacion	1110512664	**Tipo vehículo**	Automóvil
Grupo Sanguineo y RH	A+	**Servicio**	Particular
E-mail		**Empresa**	PARTICULAR
Direccion			
Tipo Licencia	B1		
Edad :	33 AÑOS		
Usa Lentes	Usa		



PRUEBA MOTRIZ

Atencion Concentrada y resistencia a la monotonia

Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)	
Max 0.88 Seg	0.5 Seg
Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)	
Max 1 Seg	0.5 Seg
Numero de Errores	
Max 5 Errores	0 Errores

Reacciones Multiples

Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)	
Max 1.43 Seg	0.27 Seg
Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)	
Max 1.33 Seg	0.27 Seg
Numero de Errores	
Max 8 Errores	0 Errores

Coordinacion Visomanual

Tiempo total en el error (TTE)	
Max 46 Seg	0.0 Seg
Porcentaje de Error Sobre el Recorrido	
Max 20%	0.0%
Numero de Errores	
Max 14 Errores	0 Errores

Anticipacion a la velocidad

Tiempo medio de desviacion (Vel 1)	
Max 1.40 Seg	0.46 Seg
Tiempo medio de desviacion (Vel 2)	
Max 1.01 Seg	0.09 Seg

Reaccion al Frenado

Max 0.60 Seg	0.48 Seg

FECHA DE LA PRUEBA 2025-02-20 09:15:52.0 **NUMERO DEL EXAMEN** 191

OBSERVACIONES

EL ASPIRANTE ES CONSIDERADO APTO PARA EL CARGO AL QUE APLICA. NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES A NIVEL PSICOMOTRIZ. TUVO UN ADECUADO DESEMPEÑO EN LAS PRUEBAS REALIZADAS, ADECUADA ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN SOSTENIDA, SIGUE INSTRUCCIONES, RESPONDE ADECUADAMENTE A LOS ESTÍMULOS. SE APLICÓ BATERIA AGX (ATENCIÓN CONCENTRADA, REACCIONES MULTIPLES, ANTICIPACIÓN DE VELOCIDAD, COORDINACIÓN BIMANUAL Y FRENADO). APTO A LA FECHA. PUEDE CONDUCIR VEHICULO

Themis Vergara
T.P. 178935

FIRMA USUARIO **FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**