

**N° 5,584**

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

|  |           |   |   |                                     |            |
|--|-----------|---|---|-------------------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |           |   | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL   |                                     |            |
| 29<br>DÍA  | 03<br>MES | 2025<br>AÑO   | VILLETA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)  |                                     |            |
|  |           |   | Ciudad  |                                     |            |
| <b>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO</b>  |           |   |   |                                     |            |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE  |           |   |   |                                     |            |
| PARTICULARES CONTADO   |           |   | PARTICULARES  |                                     |            |
| 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)  |           |   |   |                                     |            |
| LEMUS PACHECO WENDY YULIETH  |           | Genero  | Edad  | Documento de Identificación         |            |
| Apellidos y Nombres  |           | FEMENINO  | 39 AÑOS 6 MESES<br>5 DÍAS   | CC                                  | 1065569113 |
|  |           |   |   | Tipo                                | Número     |
| Cargos   |           |   |   |                                     |            |
| <b>ENFERMERA EPIDEMIOLOGA</b>  |           |   |   |                                     |            |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL  |           |   |   |                                     |            |
| <b>CUMPLE CON EL PERFIL PARA EL CARGO SIN RESTRICCION</b>  |           |   |   |                                     |            |
| Observaciones: No aplica   |           |   |   |                                     |            |
| Talla: 1.68 cm, Peso: 59 Kg  |           | 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:   |           |   |   |                                     |            |
| EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR   |           | ✓   | AUDIOMETRÍA   | ✓                                   | ✓          |
| EVALUACIÓN CARDIOVASVULAR  |           | ✓   | EVALUACIÓN USO DE CORRECCION VISUAL   | ✓                                   | ✓          |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS  |           | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES   |   | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |            |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL ACORDE CON LA FORMULA DE OPTOMETRIA.  |           | USO DE EPP  |   | HABITOS SALUDABLES                  |            |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO   |           | SVE VISUAL  |   | CONTROL DE PESO                     |            |
|  |           | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL   |   | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA           |            |
|  |           |   |   | HACER DEPORTE                       |            |
|  |           |   |   | DIETA BALANCEADA                    |            |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  |           |   |   |                                     |            |
| USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, EJERCICIO REGULAR, ALIMENTACION SALUDABLE, USO DE CORRECCION VISUAL Y CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA.   |           |   |   |                                     |            |
| 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   |           |   | Aspirante o Trabajador  |                                     |            |
| <br>Firma: _____<br>Nombre: CHAVES PORTILLA GUILLERMO ADRIAN<br>R. M.: 25852-04      L.S.O.: 2500818 DE 2023      Código de Seguridad <b>L1353R1X5584</b>   |           |   | <br>Firma: <br>Nombre: LEMUS PACHECO WENDY YULIETH<br>CC: 1065569113 |                                     |            |



**Petición No** 71613417  
**Paciente** LEMUS PACHECO WENDY YULIETH  
**Documento Id** CC 1065569113  
**Fecha de nacimiento** 24-sep.-1985  
**Edad** 40 años **Sexo** Femenino  
**Dirección** CR 81 B 6 C 10 CS 146  
**Teléfono** 3012101454

**Fecha de ingreso** 16-diciembre-2025 09:23  
**Fecha de impresión** 16-abril-2025 15:26  
**Sede** CENTRO ODONTOLOGICO Y LABORATORIO LAS AME  
**Servicio** CONSULTA EXTERNA  
**Empresa** CAMPAÑA EPS SANITAS  
**Médico** CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100 EPS SANITAS

| Exámen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |  |
|--------|-----------|----------|-----------------------|--|
|--------|-----------|----------|-----------------------|--|

**CREATININA EN SUERO**

**QUIMICA**

0.70 mg/dl 0.51 0.95

Método: Colorimétrico Enzimático  
 Fecha Validación: 16-12-2025 16:01 p. m.

Firma Responsable

Diana Patricia Moreno Carozama  
 Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS  
 RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

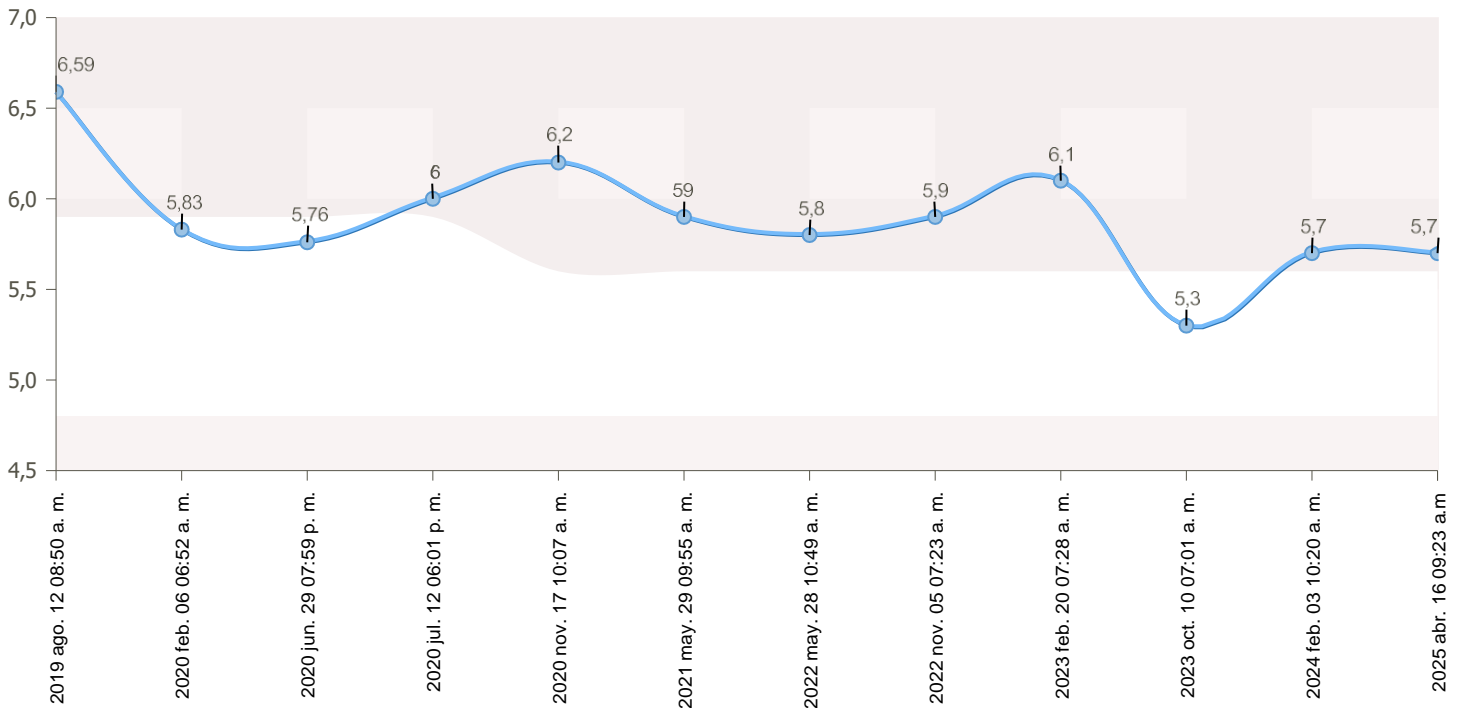
**HEMOGLOBINA GLICOSILADA**

\* 5.7 % 4.8 5.6

Método: Inmunoensayo Turbidimétrico de Inhibición (TINIA)

Según las guías de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) valores entre 5.7% a 6.4% se catalogan como Prediabetes. Valores iguales o mayores a 6.5% son considerados Diabetes. El diagnóstico de estos desórdenes metabólicos requiere de una correlación estrecha con la historia clínica y la realización de estudios complementarios adicionales, según el criterio de su médico tratante.

Fecha Validación: 16-12-2025 11:34 a. m.



| No. | Fecha Solicitud          | Solicitud | Resultado | Valores de Referencia | Unidades |
|-----|--------------------------|-----------|-----------|-----------------------|----------|
| 1   | 2019 ago. 12 08:50 a. m. | 81206050  | 4.59      | 4.80 - 5.90           | %        |
| 2   | 2020 feb. 06 06:52 a. m. | 20602074  | 5.83      | 4.80 - 5.90           | %        |
| 3   | 2020 jun. 29 07:59 p. m. | 62902377  | 5.76      | 4.80 - 5.90           | %        |
| 4   | 2020 jul. 12 06:01 p. m. | 71202307  | 6.00      | 4.80 - 5.90           | %        |
| 5   | 2020 nov. 17 10:07 a. m. | 111707911 | 6.2       | 4.8 - 5.6             | %        |
| 6   | 2021 may. 29 09:55 a. m. | 52911108  | 5.9       | 4.8 - 5.6             | %        |
| 7   | 2022 may. 28 10:49 a. m. | 52813206  | 5.8       | 4.8 - 5.6             | %        |
| 8   | 2022 nov. 05 07:23 a. m. | 110504499 | 5.9       | 4.8 - 5.6             | %        |
| 9   | 2023 feb. 20 07:28 a. m. | 22004353  | 6.1       | 4.8 - 5.6             | %        |



71613417

**Petición No** 71613417  
**Paciente** LEMUS PACHECO WENDY YULIETH

**Fecha de ingreso** 16-abril-2025 09:23  
**Fecha de impresión** 16-diciembre-2025 15:26 p. m.

**Documento Id** CC 1065569113  
**Fecha de nacimiento** 24-sep.-1985  
**Edad** 40 años **Sexo** Femenino  
**Dirección** CR 81 B 6 C 10 CS 146  
**Teléfono** 3012101454

**Sede** CENTRO ODONTOLOGICO Y LABORATORIO LAS AME  
**Servicio** CONSULTA EXTERNA  
**Empresa** CAMPAÑA EPS SANITAS  
**Médico** CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100 EPS SANITAS

| Exámen                                | Resultado | Unidades  | Valores de Referencia |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------------------|
| 10 2023 oct. 10 07:01 a. m. 101004031 | 5.3       | 4.8 - 5.6 | %                     |
| 11 2024 feb. 03 10:20 a. m. 20315052  | 5.7       | 4.8 - 5.6 | %                     |
| 12 2025 dic. 16 09:23 a. m. 71613417  | 5.7       | 4.8 - 5.6 | %                     |

Firma Responsable



María del Pilar Suarez

SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA COLSANITAS S.A.  
 RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

**PERFIL LIPIDICO**

**COLESTEROL TOTAL** 153.69 mg/dl  
 Método: Colorimétrico Enzimático  
 \*\* VALORES DE REFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001

Optimo : Menor de 200 mg/dl  
 Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl  
 Alto : Mayor o igual a 240 mg/dl

**COLESTEROL HDL** 56.40 mg/dl  
 Método: Colorimétrico Enzimático  
 \*\* VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001

Bajo : Menor de 40 mg/dl  
 Alto : Mayor o igual a 60 mg/dl

**COLESTEROL LDL - CALCULADO** 89.07 mg/dl  
**TRIGLICERIDOS** 41.11 mg/dl

Método: Colorimétrico Enzimático  
 \*\* VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001

Normal : Menor de 150 mg/dl  
 Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl  
 Alto : Entre 200 - 499 mg/dl  
 Muy Alto : Mayor o igual a 500 mg/dl

Fecha Validación: 16-12-2025 16:01 p. m.

Firma Responsable



Diana Patricia Moreno Carozama  
 Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: CENTRAL DE REFERENCIA- CLINICA COLSANITAS  
 RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

**MICROALBUMINURIA EN ORINA OCASIONAL**

**CREATININA EN ORINA OCASIONAL** 99.41 mg/dl 29.00 226.00  
**ALBUMINURIA** 6.30 mg/l 0.00 20.00



71613417

**Petición No** 71613417  
**Paciente** LEMUS PACHECO WENDY YULIETH  
**Documento Id** CC 1065569113  
**Fecha de nacimiento** 24-sep.-1985  
**Edad** 40 años **Sexo** Femenino  
**Dirección** CR 81 B 6 C 10 CS 146  
**Teléfono** 3012101454

**Fecha de ingreso** 16-abril-2025 09:23  
**Fecha de impresión** 16-abril-2025 15:26  
**Sede** CENTRO ODONTOLOGICO Y LABORATORIO LAS AME  
**Servicio** CONSULTA EXTERNA  
**Empresa** CAMPAÑA EPS SANITAS  
**Médico** CENTRO MEDICO ZONA IN LOCAL 100 EPS SANITAS

| Exámen                                  | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|-----------|----------|-----------------------|
| <b>RELACION ALBUMINURIA CREATINURIA</b> | 6.34      | mg/g     |                       |

VALOR DE REFERENCIA:  
 MENOR DE 20 mg DE ALBUMINA/g DE CREATININA

Categoría excreción de albuminuria según recomendación de la guía KDIGO 2012

- Categoría  
 A1 (normal a ligeramente incrementada): <30 mg/g  
 A2 (moderadamente incrementada- microalbuminuria): 30 a 300 mg/g  
 A3 (severamente incrementada - macroalbuminuria): >300 mg/g

(clasificación aplicable para mayores de 2 años de edad)

Fecha Validación: 16-12-2025 15:24 p. m.

Firma Responsable



María del Pilar Suarez

SEDE DE PROCESAMIENTO: CLINICA COLSANITAS S.A.  
 RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.