MEDILAB SERVICE SAS
Servicios medicos laborales
NIT. 901.277.852-6
Carrera 11 # 15 - 38
Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.225

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	01 MES	2026 AÑO	CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	**PARTICULARES**

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	
RUIZ PINTOR DENISSE PATRICIA	FEMENINO	48 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	52327207 (Número)

Cargo: **INSTRUCTORA**

EPS	AFP	ARL
SURA	**COLPENSIONES**	**NINGUNA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA BASAL	✓
AUDIOMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
VISIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL (HDL-LDL)	✓
HEMOGRAMA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

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: CC: 52707728 - DIANA PATRICIA RODRIGUEZ

R. M.: RM 52707728 **L.S.O.:** RESO. 8791

Código de Seguridad
J916P1V10225

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RUIZ PINTOR DENISSE PATRICIA

CC: 52327207

MEDILAB SERVICE SAS
Servicios medicos laborales
NIT. 901.277.852-6
Carrera 11 # 15 - 38
Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 1,645

Fecha: 26/01/2026 **Municipio:** CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) **CC:** 52327207 **Nombre:** RUIZ PINTOR DENISSE PATRICIA **Edad:** 48 AÑOS 0
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: SURA **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR **F. Último Examen:** ENERO DE 2026
Lugar del Último Examen: IPS **Motivo Consulta:** EXAMEN INGRESO A TRABAJO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	PC
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PROTECCION PC
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	NINGUNA
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	20/25	0.75	--	NO APLICA	20/NA	NA
O.I:	NO APLICA	20/30	0.75	--	NO APLICA	20/NA	NA
A.O:	NO APLICA	20/25	0.75	--	NO APLICA	20/NA	NA

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SEGUIR CON EL USO DE LA CORRECCION OPTICA PARA TRABAJO EXTENSO FRENTE A PANTALLLAS. CONTROL ANUAL

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: CC: 52523818 - BLANCA LIDA SOTELO
R. M.: CTNPO 3484 **L.S.O.:** TP 52523818

Código de Seguridad
B916H3N1645

PACIENTE

Firma:
Nombre: RUIZ PINTOR DENISSE PATRICIA
CC: 52327207

MEDILAB SERVICE SAS
Servicios medicos laborales
NIT. 901.277.852-6
Carrera 11 # 15 - 38
Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 4644**

Fecha: 26/01/2026 **Ciudad:** CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR **Eps:** SURA
CC: 52327207 **Nombre:** RUIZ PINTOR DENISSE PATRICIA **Edad:** 48 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 21/01/1978 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTORA

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		

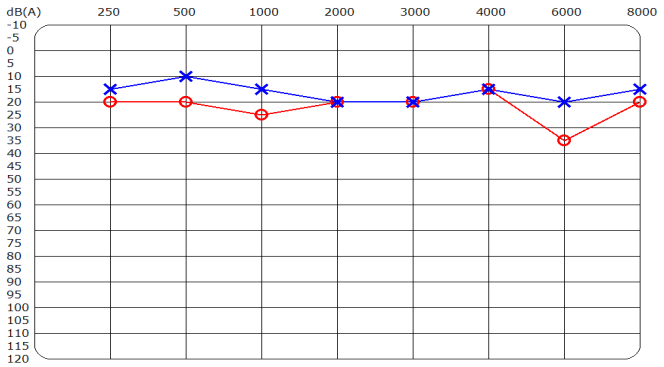
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: AUDIOMETRO MADSEN **F. Ultima Calibración:** 2025-03-27

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: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	20	25	20	20	15	35	20
VAOI	15	10	15	20	20	15	20	15

PTA Oido derecho: 21.25 **PTA Oido izquierdo:** 16.25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Leve(25 - 40 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

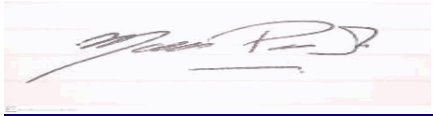
Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
H932	OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES	DERECHO	Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

O.D. AUDICION FUNCIONAL EN AREA CONVERSACIONAL DESCENSO LEVE EN FR 6000HZ. O.I. AUDICION NORMAL
CONTROL ANUAL, USO DE EPP Y PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVA

FONOAUDIÓLOGO

Firma: 

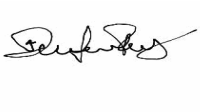
Nombre: CC: 51852672 - MARIA PAULINA ARBELAEZ

R. M.: 51852672 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

R916X2D4644

TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: RUIZ PINTOR DENISSE PATRICIA

CC 52327207

INFORME PRUEBA RIESGO PSICOSOCIAL EXTRALABORAL Y ESTRÉS

I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: RUIZ PINTOR DENISSE PATRICIA
Edad: 48 AÑOS
Sexo: Femenino
Identificación: CC 52327207
Estado Civil: SOLTERA
Escolaridad: POSTGRADO
Fecha aplicación prueba: Enero 26 de 2026

II. -MOTIVO DE EVALUACIÓN: INGRESO LABORAL

III.- **PRUEBAS APLICADAS:** Cuestionario para la evaluación de factores de riesgo psicosociales extralaborales y del estrés. Tercera versión, Pontificia Universidad Javeriana, adaptada para **MEDILAB SERVICE S.A.S.**

V.-ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: NINGUNO

VI. CARGO: EVALUADORA COMPETENCIAS LABORALES DEL ÁREA MINERA

VII.- RESULTADOS:

* Mediante aplicación de prueba **DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EXTRALABORALES** en la que se evalúan las siguientes dimensiones:

* Tiempo fuera del trabajo
* Comunicación y relaciones interpersonales
* Características de la vivienda y de su entorno
* Desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda
* Relaciones familiares
* Situación económica del grupo familiar
* Influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo

Se determina **RIESGO** del Aspirante: *Sin riesgo o riesgo despreciable*: ausencia de riesgo o riesgo tan bajo que no amerita desarrollar actividades de intervención. Las dimensiones que se encuentren bajo esta categoría serán objeto de acciones o programas de promoción.

***** Mediante aplicación de prueba **EVALUACIÓN DEL ESTRÉS**, se determina Aspirante con puntaje total general de síntomas de estrés: *Muy bajo*: ausencia de síntomas de estrés u ocurrencia muy rara que no amerita desarrollar actividades de intervención específicas, salvo acciones o programas de promoción en salud.

EVALUADOR:

Dra. Diana Rodriguez
Especialista en Salud y seguridad en el trabajo - Res: 8791

FECHA	:	**ENERO 26 DEL 2025**	**REGISTRO: 609**
NOMBRE:		**DENISSE PATRICIA RUIZ**	**EDAD: 48Años**
EMPRESA:		**MEDILAB**	**C.C: 52327207**

GLICEMIA BASAL	:	**74.5**mg/dl	**70 – 110 mg/dl**
COLESTEROL TOTAL	:	**181.7**mg/dl	**HASTA 200 mg/dl**
COLESTERO H.D.L.	:	**54.9** mg/dl	**35 – 70 mg/dl**
COLESTEROL L.D.L.	:	**100**mg/dl	**HASTA 120 mg/dl**
TRIG ICERIDOS	:	**132.0** mg/d l	**HASTA 150 mg/dl**

ISO/IEC 17024:2012
19-CEP-012

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

Según lo establecido por la Resolución 000217 de 2014, expedida por el Ministerio de Transporte
ORGANISMO CERTIFICADOR: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CRC MACONDO S.A.S NIT: 900664906 - 1
CENTRO DE EVALUACIÓN: AVALAR FONTIBON

Dirección:	Calle 19 # 99 - 48 local 1 , Bogotá, D.C., Bogotá
Teléfono:	3107617529
Habilitación Ministerio Transporte:	0
Sec. Salud - Registro Habilitación:	0
Acreditación:	19CEP012

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



19/04/2024 14:26:23

Nombres:	DENISSE PATRICIA
Apellidos:	RUIZ PINTOR
Tipo Identificación:	CC
Nº Identificación:	52327207
Grupo Sanguineo y RH:	O +
Fecha de Nacimiento:	1978/01/21
Edad:	47
Sexo:	F
Estado Civil:	Soltero/a
Nivel Educativo:	Universitario
Ocupación:	OTROS PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS
EPS:	SURA
Regimen de Afiliación:	Contributivo
Dirección:	CL 23 B 104 A 32
Teléfono:	3108092646
Ciudad Residencia:	Bogotá, D.C.
Numero de Factura:	4970
Fecha de Impresion :	20/02/2025 15:35:27

Contacto caso de emergencia y/o acompañante:	O O
Teléfono (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):	0
Parentesco (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):	Padre
Fecha inicio vigencia:	19/04/2024 15:53:09
Fecha vencimiento:	16/10/2024 15:53:09
Nº de Reconocimiento:	4992

Trámite	Categoria	Grupo	Concepto	N° Resultado	N° certificado RUNT
Refrendación	B1	Grupo 1	APTO	A-0273-000005497	36660420

CERTIFICA QUE:
Teniendo en cuenta que el usuario identificado en este documento, solicita ser evaluado de su aptitud medica para conducir de conformidad a lo establecido en la Resolución 0217 de 2014 anexo I, la Resolución 20223040030355 de 2022, Resolución 5228 del 2016 (Ministerio de Transporte) y la NTC ISO/IEC 17024 de 2012 - Por lo que certificamos los resultados obtenidos así:

Concepto de Optometría	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato **apto**, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7.	CARLOS ROCHA GUTIERREZ	79891859	N.A. 04/09/2024_10:19:11	

Concepto de Fonoaudiología	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato **apto**, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numeral 2.1. y/o la resolución 20223040030355 de 2022.	LESVIA BORRERO RODRIGUEZ	52319519	 17/04/2024_12:46:37	

Concepto de Psicología	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato **apto**, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales del 10 al 13.	WILMER DUARTE REYES	189200	 17/04/2024_12:29:18	

Concepto de Medicina General	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato **apto**, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I.	FERNEY RUEDA GELVES	1098723096	 11/04/2024_16:35:30	

Concepto Final	**Trámite - Categoría**
Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I	Refrendación B1
(Código) Restricciones - Observación	
Observaciones / Vigencia	
APROBADO	
Limitaciones físicas progresivas	**Fecha Vigencia**



Firma Profesional Certificador
DAVID GARCIA TRUJILLO **RM:** 1014274972
Declaro bajo la gravedad de juramento que el dictamen se ajusta a la realidad medica del usuario.

N.A.
09/01/2025_9:24:06
Huella Profesional

Firma Usuario Certificado
Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnostico clínico, corresponden extríctamente apego a la verdad

Vigencia del Certificado: este certificado tiene vigencia de seis(6) meses según lo establecido en la resolución 1298 de 2018 del Ministerio de Transporte

Conforme a ley se da cumplimiento a la ley 527 acorde a la resolución 3100 Numeral 11.1.6 Estándares de Historia Clínica y Registros.