Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 1843 del 2025 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.



Nombre de la Empresa			Empresa Usuaria	
PARTICULAR MEDICINA			N/A	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	**Departamento**
111111111	Crr 49 n 49 24	4481044	Medellin	Antioquia

Actividad Economica

7010:Actividades de administración empresarial

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
MURILLO ACEVEDO DIANA MARCELA	CC 1112099730	37 Años	F

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
TULUA	Tulua	UNION LIBRE
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3046367776	CALLE 38C#18-57	3046367776
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
DIANAMARCELAMURILLO148@GMAIL.COM	PROFESIONAL	B +

IMC	Hijos	EPS
31.62	0	NUEVA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	1	1° NO APLICA 2° NO APLICA	NO APLICA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
ADMINISTRATIVA	2026-01-22	06:03:29	07:29:48	08:20:38

Lugar de realización examen	CALI VERSALLES

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

PREINGRESO

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL	TIPO DE RESTRICCIONES
CUMPLE PARA EL PERFIL DEL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA
EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES)) SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA) SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL)
Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación.
Se indica usar corrección óptica de manera permanente
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
MEDICAS PERSONALES
Se informa asistir o continuar en controles preventivos por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud con nutricionista por su índice masa corporal, se le recomienda seguir indicaciones bajar de peso y continuar hábitos de alimentación, realizar ejercicio como informa el médico tratante
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.
CONDUCTAS - (RECOMENDACIONES LABORALES)
NINGUNO / NO APLICA
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento no cuenta con vacunación para prevención de infección por sars cov-2, se recomienda iniciar y completar el esquema de vacunación contra el covid-19. se indica cumplir con las medidas generales de bioseguridad

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D, E
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NUTRICIONISTA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 1843 del 2025 articulo 18), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las Resolución 1843 del 2025 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.





Firma: _____
Nombre: MAFLA SANTA FRANKLYN
R.M. / TP: RM.19512
L.S.O.4145.010.21.1.914.000485/2023

Firma: _____
Nombre: DIANA MARCELA MURILLO ACEVEDO
Documento: 1112099730

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	DIANA MARCELA MURILLO ACEVEDO	**Identificación:**	CC: 1112099730
Fecha de Nacimiento:	1988-08-02	**Edad:**	37
Género:	F	**RH:**	B +
Estado civil:	OTRO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	TULUA
Dirección:	CALLE 38C#18-57	**Teléfono:**	3046367776
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	ADMINISTRATIVA
Ciudad - Sede:	CALI	**Sede:**	CALI VERSALLES
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS			

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**campoadicional1**	N/A
campoadicional2		**CARGO**	
PROFESION			

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO	**OBSERVACIONES**	

EN LA EMPRESA ACTUAL

ILUMINACION DEL TRABAJO	NORMAL	**USO DE PROTECCION VISUAL**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	NO
OBSERVACIONES	NO		

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	LENTES OFTALMICOS (GAFAS)	**ULTIMO CONTROL VISUAL**	MENOS DE 6 MESES
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI	**ADICION O.D.**	-125-025*20
ADICION O.I.	-100-050*10		

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/70	**CON CORRECCION OD**	20/20
SIN CORRECCION OI	20/70	**CON CORRECCION OI**	20/20
SIN CORRECCION AO	20/70	**CON CORRECCION AO**	20/20

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	0.5M	**CON CORRECCION OD**	0.5M
SIN CORRECCION OI	0.5M	**CON CORRECCION OI**	0.5M
SIN CORRECCION AO	0.5M	**CON CORRECCION AO**	0.5M

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL
OBSERVACIONES			

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	MEDIOS TRANSPARENTES	**OJO IZQUIERDO**	MEDIOS TRANSPARENTES
OBSERVACIONES			

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 9/9	**ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO**	60 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES			

MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST LEJOS	ORTHOFORIA	**COVER TEST CERCA**	EXOFORIA
PPC	NORMAL	**REFLEJOS PUPILARES**	NORMAL
OBSERVACIONES	NORMAL		

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO		**OJO IZQUIERDO**	
OBSERVACIONES			

REFRACCION

RETINOSCOPIA

OJO DERECHO	-125-025*20	**OJO IZQUIERDO**	-100-050*10
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20

SUBJETIVO Y AFINACIONES

OJO DERECHO	-125-025*20	**OJO IZQUIERDO**	-100-050*10
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20
ADD OD		**ADD OI**	
AVP OD	0.5M	**AVP OI**	0.5M

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	H522: Astigmatismo	**TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL**	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
DIAGNOSTICO 1		**TIPO DIAGNOSTICO 1**	
DIAGNOSTICO 2		**TIPO DIAGNOSTICO 2**	
DIAGNOSTICO 3		**TIPO DIAGNOSTICO 3**	
CONCEPTO	SE SUGIERE USO DE CORRECCION OPTICA		

OBSERVACIONES DE LA PRESCRIPCION OPTICA

CORRECCION OPTICA	SE SUGIERE CORRECCION OPTICA

EVOLUCION

EVOLUCION	

RECOMENDACIONES

REMISION

OFTALMOLOGIA		**OBSERVACIONES**	
CONTACTOLOGÍA		**OBSERVACIONES**	
ORTÓPTICA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	
NINGUNO	1		

GENERALES

USO DE CORRECCIÓN OPTICA	1	**OBSERVACIONES**	PERMANENTES
LUBRICANTE OCULAR		**OBSERVACIONES**	
CONTROL ANUAL	1	**OBSERVACIONES**	NO SE CAMBIA RX
TRATAMIENTO OPTICO		**OBSERVACIONES**	
HIGIENE PALPEBRAL		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CONFIRMATORIA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CORRECCION OPTICA ACTUALIZADA O EN USO		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA DE PERCEPCION CROMATICA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CONCEPTO Y RESULTADOS DEL ESPECIALISTA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	
VALORACION COMPLEMENTARIA OPTOMETRIA	Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación.||Se indica usar corrección óptica de manera permanente ||Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria	**TEST DE COLORES COMPLEMENTARIO**	

RESULTADO CAMPIMETRIA

RESULTADO	

CONTROLES

MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	1		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Dr. Omar Javier Ortiz Quiroga
OPTOMETRA
CC. 79456976
REG. 13312
LIC. S.O 1718

Firma:		Firma:	
Nombre:	OMAR JAVIER ORTIZ QUIROGA	Nombre:	
R.M. / TP:	13312 L.S.O. 1718	Documento:	

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2026-01-22

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	DIANA MARCELA MURILLO ACEVEDO		
Identificación	CC	**Nro**	1112099730
Fecha de Nacimiento	1988-08-02	**Edad**	37
Sexo	F	**Empresa**	PARTICULAR MEDICINA
Fecha cita	2026-01-22 06:37:49	**Sede**	CALI VERSALLES
Direccion	Avenida 5 Norte # 20-40 Barrio Versalles		

PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES)

TITULO	RESULTADO
ASPECTO DEL SUERO	LIMPIO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO COLESTEROL TOTAL	200,3	mg/dl	120 - 200

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO TRIGLICERIDOS	114,3	mg/dl	45 - 200

LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL	51	mg/dl	45 - 65

LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD LDL

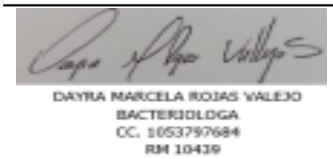
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD LDL	126,44	mg/dl	0 - 130

LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL	22,86	mg/dl	6 - 34

INDICE ARTERIAL

TITULO	RESULTADO
INDICE ARTERIAL	3,93



DAYRA MARCELA ROJAS VALLEJOS
10439
BACTERIOLOGA

GLICEMIA

GLUCOSA EN SUERO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN SUERO	102	mg/dl	70 - 110



DAYRA MARCELA ROJAS VALLEJOS
10439
BACTERIOLOGA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	DIANA MARCELA MURILLO ACEVEDO	**Identificación:**	CC: 1112099730
Fecha de Nacimiento:	1988-08-02	**Edad:**	37
Género:	F	**RH:**	B +
Estado civil:	OTRO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	TULUA
Dirección:	CALLE 38C#18-57	**Teléfono:**	3046367776
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	ADMINISTRATIVA
Ciudad - Sede:	CALI	**Sede:**	CALI VERSALLES
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL 1**	N/A
CAMPO ADICIONAL 2		**CARGO**	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1

EMPRESA	VARIAS EMPRESAS	**ANTIGUEDAD**	10 AÑOS
CARGO	ADMINISTRATIVA	**AREA**	
EXPUESTO A RUIDO	NO	**USO DE E.P.P.**	NO
TIPO	NO APLICA	**OBSERVACIONES**	

HISTORIA MANUAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS

OCUPACIONALES Y PERSONALES

CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE	**HIPOACUSIA**	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	NO REFIERE	**MENINGITIS**	NO REFIERE
OTALGIA	NO REFIERE	**OTITIS**	NO REFIERE
OTORRAGIA	NO REFIERE	**OTORREA**	NO REFIERE
OTOTOXICOS	NO REFIERE	**PARALISIS FACIAL**	NO REFIERE
PAROTIDITIS	NO REFIERE	**PRURITO**	NO REFIERE
RINITIS	NO REFIERE	**SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA**	NO REFIERE
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE	**SINUSITIS**	NO REFIERE
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO REFIERE	**TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)**	NO REFIERE
TINITUS - ACUFENOS	NO REFIERE	**VERTIGO**	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE	**VIBRACION CONTINUA**	NO

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

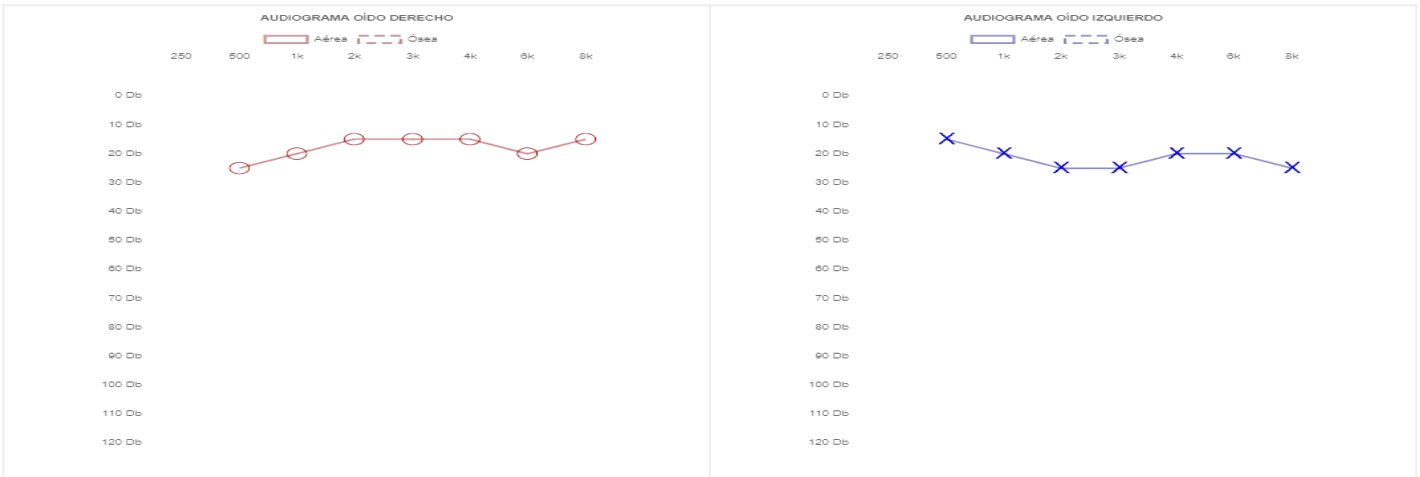
USO DE AUDIFONOS PERSONALES	NO	**DISCOTECA (CADA 8 DIAS)**	NO
INSTRUMENTOS MUSICALES	NO	**MOTOCICLISMO**	SI
SERVICIO MILITAR	NO	**JUGAR TEJO**	NO
POLIGONO	NO	**USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO**	NO
OTROS	NO		

OTOSCOPIA

OIDO DERECHO		**OIDO IZQUIERDO**	
PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL	**PABELLON AURICULAR - OI**	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL	**CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI**	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NORMAL	**MEMBRANA TIMPANICA - OI**	NORMAL
TAPON CERUMEN - OD	NO	**TAPON CERUMEN - OI**	NO
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO	**PERFORACION TIMPANICA - OI**	NO
OD OTRO		**OI OTRO**	

AUDIOGRAMA

Audiograma



AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.

OD				25			20			15			15			15			20			15		
OI				15			20			25			25			20			20			25		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO		

INTERPRETACION

LARSEN OD	NO APLICA	**LARSEN OI**	NO APLICA
PTA OD (500, 1K y 2K)	20	**PTA OI (500, 1K y 2K)**	20
E.L.I OD	B - BUENO	**E.L.I OI**	C - NORMAL - LIMITE
GATISST OD (500, 1K, 2K y 3K)	18.75	**GATISO OI (500, 1K, 2K y 3K)**	21.25
S.A.L. OD	B	**S.A.L. OI**	B
FACTOR DE PRESBIACUSIA	4		

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición	**TIPO DIAGNOSTICO 1**	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
RESULTADO	AUDICION NORMAL BILATERAL	**LATERALIDAD DX1**	BILATERAL

RECOMENDACIONES

VALORACION COMPLEMENTARIA	Su capacidad auditiva es adecuada

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FONOAUDIOLOGIA
ALEYDA MARCELA GUTIERREZ HILER
CC. 1130613958

Firma:
Nombre: ALEYDA MARCELA GUTIERREZ HILER
R.M. / TP: 1130613958

Firma:
Nombre: DIANA MARCELA MURILLO ACEVEDO
Documento: 1112099730

FICHA VOCAL

Fecha: 24/01/2026

Datos Personales:

Apellido y Nombre: MURRILLO ACEVEDO, DIANA MARCELA D.I. 1112099730

Edad: 37 AÑOS Ocupación: CONTADORA PÚBLICA

Diagnóstico: EUFONÍA, NO PRESENTA ALTERACIONES EN LA PRODUCCIÓN, RESONANCIA Y ARTICULACIÓN. SE INDICA HIGIENE DE LA VOZ Y PAUSAS PARA EL DESCANSO LARÍNGEO.

ASPECTO GLOBAL DEL PACIENTE:

GRADO DE DISFONÍA:
1. Eufonía
2. Disfonía leve
3. Disfonía moderada
4. Disfonía severa

EVALUACIÓN PERCEPTIVA VOCAL:
2. Aspereza
3. Soplo
4. Astenia
5. Tensión

Biotipo:
> Normal
> Hipotónico
> Hipertónico
> Paquidérmico

Fluidez:
> Normal
> Paupérrima
> Verborrágica

Báscula laríngea:
> Normal
> Fijación glótica
> Fijación infraglótica
> Fijación supraglótica

Articulación:
> Normal
> Cerrada
> Abierta
> Exagerada

Musculatura Extralaringea
> Normal
> Mal uso
> Hipertonía
> Hipotonía

Fonoarticulación:
> Normal
> Errores en la articulación de fonemas

REGULACIÓN DEL MOVIMIENTO DURANTE EL HABLA

Gestual:

> Excesivo

> Apropiado

> Fijo

Mandíbula y cuello:

> Tensión (+) (-) LEVE

> Apropiado

Abertura de la boca:

> Poca

> Suficiente

> Excesiva

*>>Postura corporal general en la voz hablada: **ADECUADA***

ASPECTO ANALÍTICO DE LA VOZ HABLADA DEL PACIENTE MODALIDADES FONATORIAS:

Inicio:
> Normal
> Fuerte
> Débil
> Soplado

Cuerpo:
> Normal
> Alargado
> Acortado
> Trémolo

Final:
> Normal
> Alargado
> Acortado
> Trunco
> Quebrado
> Suspiroso
> Blando

EFECTO KAYSER:

>Se produce

>No se produce

CUALIDADES FONO ACÚSTICAS:

Frecuencia:
> Normal
> Agudizada
> Agravada
> Diplofonía
> Bitonal

Intensidad:
> Normal
> Aumentada
> Disminuida
> Fluctuante

Timbre:
> Normal
> Despulido
> Fricativo
> Nasalizado
> Oscuro
> Engolado
> Estridente

>Tono cómodo: ADECUADO
>Tono habitual: ADECUADO

DURACIÓN DE VOCALES:

A: 3’ O: 3’ U: 2’ E: 2’ I: 2’

Resonancia:
> Facial
> Nasal
> Base de cuello

PROPIEDADES FONOLÓGICAS LINGÜÍSTICAS:

Ritmo:
> Normal
> Irregular
> Taquilálico
> Bradiláíco

Acentuación:
> Limitada
> Apropiada
> Exagerada

Melodía:
> Monótona
> Vivaz
> Llamativa

Velocidad:
> Normal
> Lenta
> Rápida

HABLA ESPONTÁNEA:

Intensidad:
> Normal
> Alta intensidad
> Cuchicheada

Pausa del habla:
> Apropiada
> Escasa
> Muy frecuente

Altura:
> Media
> Aguda
> Grave

>>OBSERVACIÓN DEL LENGUAJE AUTOMÁTICO Y ESPONTÁNEO: Se realiza examen donde se analiza comportamiento vocal con resultado Normal ante parámetros establecidos, sin presencia de alteraciones en fonación ni respiración (Voz).

CONCLUSIONES

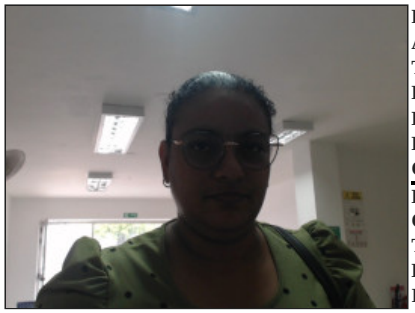
ESTUDIO FONIÁTRICO NORMAL. SE RECOMIENDA REALIZACIÓN DE TERAPIA FÍSICA POR CONTRACTURA MUSCULAR NUCAL.

Lina Marcela Mejía López
FONOAUDIÓLOGA
REGISTRO No.01 560
Lina Marcela Mejía López
C. 1143832139

IPS CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL TRABAJADOR S.A.S.

IPS CAIT

IPS CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL TRABAJADOR SAS
Ingreso



Fecha: 24/Ene/2026, **Hora:** 12:01:11 p.m. **HC:** # 234 **Edad:** 37 años
Apellido: MURILLO ACEVEDO **Nombre:** DIANA MARCELA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1112099730 **Sexo:** Femenino ♀ **Rh:** B+
Direccion: CALLE 38C 18 57 **Nacim:** 02/Ago/1988
Estado Civil: Soltero **EPS:** NUEVA EPS **ARL:** Sin Definir **AFP:** PROTECCION
Estatura: 164 Cm **Peso:** 83.5 Kg **IMC:** 31.0
Cargo: INSTRUCTORA **Ciudad:** Valle - Tuluá

Empresa: Particular
CC: 12 **Direccion:** 21321321
Telefono: 0000001 **Celular:** **Email:**
Emp. Usuaria: SENA
IPS que Atendio: , **Ciudad de Atención:**

.

Examenes Realizados

- [x] EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PREINGRESO
- [x] TAMIZAJE DE VOZ

Recomendaciones Empresa

Uso adecuado de EPP, Valoración por Nutricionista EPS, Énfasis en Actividad Física regular.

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Énfasis en Actividad Física regular

Medicas

* Control Eps
* Valoración por Nutricionista EPS

Laborales

* Uso adecuado de EPP

Concepto para Trabajos en Altura

Concepto

Sin Restriccion Para El Cargo

Restricciones

Observaciones

1. PACIENTE AL EXAMEN FISICO OCUPACIONAL SIN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES.
2. SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS EN SU PUESTO DE TRABAJO.
3. ALTERACION DE LA VISION LEJANA BILATERAL MODERADO ADECUADAMENTE CORREGIDO, SE RECOMIENDA UTILIZAR CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA.
4. ESTUDIO FONIATRICO SIN ALTERACIONES.
5. SE INDICA CONTROL POR NUTRICIONISTA EN SU EPS, DEBE BAJAR DE PESO.
6. SE RECOMIENDA TERAPIA FISICA EN SU EPS POR HALLAZGO EN VALORACION DE VOZ, NO AFECTA SU CARGO.

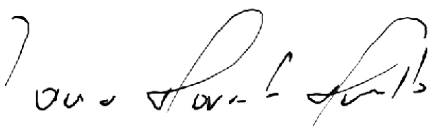
Consentimiento Informado

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 del 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolucion 2346 de 2007









Contactos: 3217819688 - 312 35450 68 - 3123526029
Calle 10 # 6- 47 Barrio Uribe - Yumbo
ipscaitgerencia@gmail.com - ipscaitrecepcion@gmail.com -
coordmedicoipscait@gmail.com

Jennyfer Vivas Arias
CC 1130596685
MEDICO LABORAL
Lic. de S.O #: 0683 De 8/mayo 2023
Registro #: 3052

El presente concepto se expide con base en la historia clínica ocupacional del paciente/trabajador, el cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, resoluciión 2346 de 2007 y por información. Resolución 1918 de 2009

DIANA MARCELA MURILLO ACEVEDO
CC 1112099730

Huella Digital

Certifico que he suministrado al personal médico datos exactos y verídicos sobre mi condicion de salud y antecedentes medicos y laborales. No he ocultado información.