



| | | | | | |
|---|--|---------------------|--|-------------------|--|
| PROCESO | | | | | |
| GESTIÓN CONTRACTUAL | | | | | |
| NOMBRE DEL FORMATO | | | | | |
| INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL | | | | | |
| CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN | | | | | |
| Pública | | Pública Clasificada | | Pública Reservada | |

INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Yopal, 28 febrero 2026

Doctora

DIANA ROCIO FERNANDEZ DIAZ

Supervisora contrato nro. CO1.PCCNTR.9071371 de 23 de enero de 2026

Dinamizadora

Evaluación y Certificación de Competencia Laboral

Yopal

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual del mes de febrero de 2026

Referencia: CO1.PCCNTR.9071371 de 23 de enero de 2026

Zulma Patricia Angel Ramírez, identificado con la cédula de ciudadanía nro. 1.118.547.732, en mi calidad de contratista del SENA, en Evaluación y Certificación por Competencias Laborales, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: Se fija como valor total para el contrato la suma de DIECIOCHO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE. (\$ 18.936.000). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer y último pago proporcional a la ejecución del mismo, que se cancelará en el mes correspondiente. b) Mensualidades vencidas que se cancelarán en el mes correspondiente por valor de TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE (\$3.156.000), cada una.

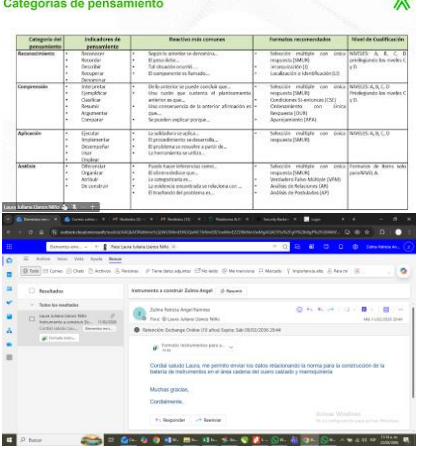
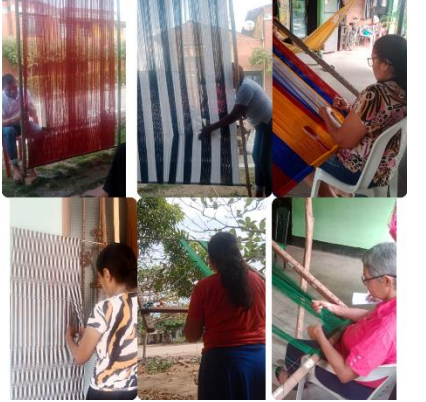
Plazo: SEIS (6) MESES, sin exceder el 31 de diciembre de 2026.





Objeto: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA APOYAR EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES EN EL ÁREA CLAVE DE ARTESANIAS Y MARROQUINERIA, ASÍ COMO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O REVISIÓN TÉCNICA, EN EL ÁREA O ESTRATEGIA TÉCNICA DE SU DOMINIO, EN LOS CENTROS DE FORMACIÓN DEL SENA, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ORIENTADO AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN ESTE SERVICIO MISIONAL DEL SENA.

Ejecución mensual de actividades

| Nro. | Obligaciones | Acciones realizadas | Evidencias |
|------|---|--|------------|
| 1 | Contribuir al desarrollo de las actividades de la Evaluación de Competencias Laborales, en el marco de los proyectos establecidos en la programación anual del centro de formación, conforme con los lineamientos y la metodología definidos en el proceso de Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales del SENA. | <p>Se realiza divulgación de las diferentes normas en el área de Artesanías y la cadena del cuero calzado y marroquinería que se van a llevar a cabo durante la ejecución del contrato.</p> <p>Se realiza Sensibilización al proceso e inducción NSCL 250701167 configurar producto artesanal según técnica de tejido de chinchorro y ficha de diseño grupo 1.</p> | |
| 2 | Participar en la transferencia de conocimientos y reuniones del proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales del SENA, en que se requerido. | Actualización en el Manual para evaluar y certificar por competencias laborales, los lineamientos en la recolección de evidencias y documentos actualizados acorde a la página de compromiso. | |

| | | | |
|----------|---|---|---|
| <p>3</p> | <p>Construir y entregar mínimo un proyecto de instrumentos de evaluación sobre la(s) norma(s) sectoriales de competencia laboral en la(s) que va a evaluar, o en las que tenga dominio técnico, por cada 4 meses de contrato, de acuerdo con los lineamientos y la metodología del proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales del SENA. Para los evaluadores que cuenten con menos de 4 meses de contrato, deben construir ítems y/o indicadores de desempeño y producto, proporcional a los meses de contratación, en concertación con el dinamizador de instrumentos para ECCL asignado.</p> | <p>Se participa de la socialización e inducción para la construcción de instrumentos de evaluación. Inducción por parte de Laura Juliana Llanos gestora de instrumentos en la norma 291501080_2 Modelar marroquinería de acuerdo con técnica manual y especificaciones técnicas de diseño</p> | <p>Categorías de pensamiento</p>  |
| <p>4</p> | <p>Contribuir al cumplimiento de las metas asociadas a los indicadores del proceso GECCL del Centro de Formación, mediante la realización de evaluaciones de competencias laborales en promedio mensual, conforme con los lineamientos de apertura definidos en el complemento a esta Circular, en articulación con las estrategias CampeSENA, Economía Popular y proyectos Regulares, durante la ejecución del contrato.</p> | <p>Se realiza la solicitud para formalizar el grupo en la norma 250701167 configurar producto artesanal según la técnica de tejido de chinchorros y su respectiva ficha de diseño., en el marco del proyecto PN1-2026-85-9519-P101; Así mismo, se ejecuta el proceso de evaluación, verificando las tres evidencias requeridas: conocimiento, desempeño y producto, mediante una metodología híbrida (virtual y presencial), desarrollada en los municipios de Paz de</p> |  |



| | | | |
|----------|--|---|--|
| | | <p>Ariporo, Hato Corozal y San Luis de Palenque.</p> |  |
| <p>5</p> | <p>Participar en mesas técnicas de trabajo sobre el aseguramiento de la calidad de los ítems e indicadores de evaluación, cuando sea convocado por el grupo de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales de la DSNFT.</p> | <p>N.A.</p> | |
| <p>6</p> | <p>Contribuir en la elaboración de informes, reportes y demás documentos relacionados con el desarrollo del proceso de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales, incluyendo el análisis cualitativo de fortalezas y debilidades por proyecto evaluado, y la documentación de casos de éxito para su socialización con el dinamizador ECCL del centro de formación.</p> | <p>Se realiza reporte en Microsoft Forms para prueba de conocimiento de manera virtual.</p> <p>Mediante el aplicativo DSNFT se descarga reporte de valoraciones para cada una de las evidencias presentadas por los candidatos-</p> |  |



| | | | |
|---|---|--|--|
| 7 | <p>Informar sobre los resultados de la evaluación de competencias laborales, dentro de los 3 días hábiles siguientes a su realización y apoyar la atención de reclamaciones a que haya lugar, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el SENA.</p> | <p>Por medio del aplicativo DSNFT se suben las respectivas valoraciones y a los correos registrados es notificado el candidato de igual manera al finalizar cada presentación de evidencia tanto de desempeño y producto se le notifica virtualmente al candidato.</p> | |
| 8 | <p>Apoyar en el registro y validación de información de la Evaluación y Certificación de Competencias Laborales en el Sistema de Información DSNFT, en articulación con el apoyo administrativo, incluyendo el cargue y conformación de los expedientes con los documentos de los candidatos, cuando sea necesario.</p> | <p>Se organiza los documentos acordes a los lineamientos de gestión documental, se validan requisitos y se registra información de los candidatos en el aplicativo DSNFT.</p> <p>De acuerdo a los lineamientos de gestión documental se alimenta en el OneDrive la información requerida teniendo en cuenta formato hoja de control.</p> | |

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato para legalización del desplazamiento, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados. Cada informe de legalización cuenta con el visto bueno del supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

| ÍTEM | NRO. DE LA ORDEN DE VIAJE | LUGAR DE DESPLAZAMIENTO | FECHA DE DESPLAZAMIENTO INICIAL | FECHA DE DESPLAZAMIENTO FINAL |
|------|---------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 1 | XX | XX | XX | XX |
| 2 | XX | XX | XX | XX |

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: (i) Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales, (ii) los desplazamientos realizados y (iii) el



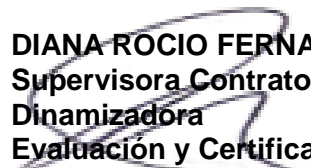
pago de la planilla de seguridad social y parafiscal nro. **6007828446**, operadora planilla SOI referente al mes de enero 2026.

Cordialmente,


Firma
Zulma Patricia Angel Ramirez
C.C. No. 1.118.547.732 de Yopal
Contratista

Recibí a satisfacción:

Firma


DIANA ROCIO FERNANDEZ DIAZ
Supervisora Contrato CO1.PCCNTR.9071371 de 23 de enero de 2026
Dinamizadora
Evaluación y Certificación Competencias Laborales



Control de Cambios

| VERSIÓN | FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA | NATURALEZA DEL CAMBIO |
|---------|------------------------------|---|
| 1 | Marzo 2026 | Creación del formato. El presente formato sustituye el formato GTH-F-062, en virtud de su migración del proceso de Gestión del Talento Humano al proceso de Gestión Contractual, conforme a la actualización documental correspondiente. |



Hace constar:

Que el Sr(a) ZULMA PATRICIA ANGEL RAMIREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1118547732 realizó el día 20/03/2026 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo ZULMA PATRICIA ANGEL RAMIREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1118547732 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ZULMA PATRICIA ANGEL RAMIREZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1118547732 el día 20/03/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 872

| | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|--------------------------------------|--|-------------------------------|--|-------------------|--|--|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | | | |
| 07 DÍA | 10 MES | 2023 AÑO | YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO | | | | | |
| | | | Ciudad | | | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | | | |
| INDEPENDIENTE | | | | INDEPENDIENTE | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | |
| ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | | | |
| Apellidos y Nombres | | | | FEMENINO | 32 AÑOS 4 MESES 1 DÍAS | CC | 1118547732 | | |
| | | | | | | Tipo | Número | | |
| Cargos | | | | | | | | | |
| COMPETENCIAS LABORALES | | | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL | | | | | | | | | |
| APTO 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: | | | | | | | | | |
| AUDIOMETRIA  | | | | CUADRO HEMATICO  | | | | | |
| GLICEMIA  | | | | OPTOMETRIA  | | | | | |
| PERFIL LIPIDICO  | | | | TEST VALANTI  | | | | | |
| PARCIAL DE ORINA  | | | | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR  | | | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | | | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | | | USO DE EPP : SEGUN RIESGO | | | HÁBITOS SALUDABLES | | | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | SVE VISUAL | | | | | | |
| VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL, NUTRICIÓN | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | | | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | | | |
| NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES QUE ALTEREN SU LABOR PROMUEVA SU AUTOCUIDADO, REALIZAR EJERCICIO 40 MINUTOS 3 VECES POR SEMANA, CONSUMIR ALIMENTACION 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. | | | | | | | | | |
| Médico | | | | Aspirante o Trabajador | | | | | |
|  Firma: _____ Nombre: ARCHILA CARDENAS SANDRA BIBIANA | | | |  | | | |  Firma: _____ Nombre: ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA | |

R. M.: 0683

L.S.O.: 01362

Código de Seguridad

CC: 1118547732

L1210R1X872



EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) 07/10/2023 - 07:40 A. M.
 Tipo Evaluación Médica o Procedimiento: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO
 Empresa Donde Labora, Laborará o Laboró: INDEPENDIENTE (INDEPENDIENTE) Actividad Económica: INDEPENDIENTE
 CC: 1118547732 Nombre del Trabajador a Aspirante: ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA Genero: FEMENINO Edad: 32 AÑOS 4
 Estado Civil: UNIÓN LIBRE Nivel Educativo: TÉCNICO E.P.S: NO REFIERE A.F.P: NO REFIERE A.R.L: NO REFIERE
 Tipo de Sangre: O + N° Hijos 2 Ingresos: ENTRE 1 Y 2 SALARIOS MÍNIMOS Jornada Laboral: DIURNA Area del Cargo: OPERATIVA
 Profesión o Cargo: COMPETENCIAS LABORALES Funciones del Cargo: _____

Motivo Consulta

NO APLICA

Elementos de Protección Personal (En la última labor o labor actual)

Casco Gorro Respirador Gafas Peto Bata Overol Delantal de Plomo Ropa Térmica
 Auditivo Careta Tapabocas Guantes Cinturon Botas Polainas Otro Cual _____

Antecedentes de Exposición Laboral (El primero corresponde a la última labor o labor actual)

| Nombre de la Empresa y/o Actividad Económica | Cargo | Factores de Riesgo (GTC-45) | Tiempo Exposición | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------|
| | | | Años | Meses |
| SENA | EVALUADOR DE COMPETENCIAS LABORALES | PSI, BIOMECC, SE | 5 | 0 |

NO REFIERE ACCIDENTES LABORALES

NO REFIERE ENFERMEDADES LABORALES

ANTECEDENTES FAMILIARES

| Enfermedad | Observación |
|----------------------------|-----------------|
| ASMA | NO REFIERE |
| CÁNCER | MADRE CA CERVIZ |
| DIABETES | NO REFIERE |
| ENFERMEDAD CORONARIA | NO REFIERE |
| ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR | NO REFIERE |
| HIPERTENSION ARTERIAL | NO REFIERE |
| COLAGENOSIS | NO REFIERE |
| PATOLOGÍAS TIROIDEAS | NO REFIERE |
| OTROS ¿CUÁLES? | NO REFIERE |

ANTECEDENTES PERSONALES

| Enfermedad | Observación |
|------------------|-----------------------------------|
| PATOLÓGICOS | TOXOPLASMA OCULAR IZQUIERDO |
| QUIRÚRGICOS | LAPAROTOMIA POR EMBARAZO ECTOPICO |
| TRAUMÁTICOS | NO REFIERE |
| FARMACOLÓGICOS | NO REFIERE |
| ALÉRGICOS | NO REFIERE |
| PSIQUIATRICOS | NO REFIERE |
| FOBIAS | NO REFIERE |
| OTRO, DESCRÍBALO | USA CORRECCION VISUAL |

| GINECO OBSTÉTRICOS | |
|----------------------------|-------------|
| Enfermedad | Observación |
| MENARQUIA | 14 |
| CICLO MENSTRUAL | REGULAR |
| FECHA ÚLTIMA MENSTRUACION | 30/09/2023 |
| DISMENORREA | NO |
| N° GESTACIONES | 03 |
| N° PARTOS | 02 |
| N° CESÁREAS | 0 |
| N° ABORTOS | 01 |
| N° HIJOS VIVOS | 02 |
| N° EMBARAZOS ECTÓPICOS | 0 |
| N° MORTINATOS | 0 |
| FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA | 2 AÑOS |
| RESULTADO ÚLTIMA CITOLOGÍA | NORMAL |
| ¿VIDA SEXUAL ACTIVA? | SI |
| MÉTODO PLANIFICACION FAM. | ACO |

| Antecedentes Personales por Sistemas | | | |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Nombre del Sistema | Patológicos | Quirúrgicos | Traumáticos |
| BOCA | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| CABEZA | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| CUELLO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| GARGANTA | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| NARIZ | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| OIDOS | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| OJOS | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| PIEL Y ANEXOS | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| PSIQUIÁTRICO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA CIRCULATORIO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA ENDOCRINO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA GASTROINTESTINAL | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA GENITOURINARIO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA NERVIOSO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA OSTEOMUSCULAR | NIEGA | NIEGA | NIEGA |
| SISTEMA RESPIRATORIO | NIEGA | NIEGA | NIEGA |

| Observaciones Adicionales a los Antecedentes |
|--|
| |

| Revisión Por Sistemas | |
|--|--------------|
| Nombre del Sistema | Hallazgo |
| PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES | NO |
| MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPUTACIONES A NIVEL OSTEOMUSCULAR | NO |
| CARDIOVASCULAR | ASINTOMÁTICO |
| DERMATOLOGICO | ASINTOMÁTICO |
| DIGESTIVO | ASINTOMÁTICO |
| GENITOURINARIO | ASINTOMÁTICO |
| NEUROLOGICO | ASINTOMÁTICO |
| OCULAR | ASINTOMÁTICO |
| OTORRINOLARINGOLÓGICO | ASINTOMÁTICO |
| OSTEOMUSCULAR | ASINTOMÁTICO |
| RESPIRATORIO | ASINTOMÁTICO |

| | |
|----------------|-----------|
| OTROS SISTEMAS | NO APLICA |
| OBSERVACIONES | NO APLICA |

| ACTIVIDAD FÍSICA | | | | |
|-----------------------|-------------|---------|------|-------------------|
| Habito | Observación | Refiere | Cant | Frecuencia |
| ACTIVIDADES MANUALES | NO APLICA | NO | 0 | HORAS A LA SEMANA |
| EJERCICIOS O DEPORTES | CAMINAR | SI | 2 | HORAS A LA SEMANA |
| DEPORTES DE CHOQUE | NO APLICA | NO | 0 | HORAS A LA SEMANA |
| OFICIOS DOMÉSTICOS | NO APLICA | NO | 0 | HORAS A LA SEMANA |

| HÁBITOS TÓXICOS | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------|------|-----------------|
| Habito | Observación | Refiere | Cant | Frecuencia |
| CONSUMIDOR DE ALCOHOL | AÑOS DE CONSUMO | NO | 0 | NINGUNO |
| FUMADOR ACTUAL | AÑOS DE CONSUMO | NO | 0 | CONSUMO POR DÍA |
| EX FUMADOR | AÑOS DE CONSUMO | NO | 0 | CONSUMO POR DÍA |
| USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS | ¿CÚALES? AÑOS DE CONSUMO | NO | 0 | NINGUNO |

NO REFIERE VACUNAS

| Examen Físico | |
|---|---|
| Aspecto General | |
| NO APLICA | |
| Signos Vitales | |
| Tension Arterial: <u>100 / 80</u> | Frecuencia Cardiaca: <u>70 x minuto</u> |
| Frecuencia Respiratoria: <u>20 x minuto</u> | Pulsioximetría: <u> </u> % |
| Temperatura: <u>36.00 °C</u> | Lateralidad Dominante: <u>DIESTRO</u> |
| Peso: <u>39.00 kg</u> | Talla: <u>150 cm</u> |
| IMC: <u>17.33 - BAJO PESO</u> | Interpretación: <u> </u> |
| Biotipo: <u> </u> | Perimetro Abdominal: <u> </u> cm |

| Tegumentario | |
|----------------|----------|
| Organo | Hallazgo |
| CICATRICES | NINGUNA |
| PIEL Y FANERAS | NORMAL |
| TATUAJES | NO TIENE |

| Cuello | |
|-----------------------|----------|
| Organo | Hallazgo |
| ADENOPATÍAS | NO |
| FARINGE | NORMAL |
| INGURGITACION YUGULAR | NO |
| MASAS | NO |
| MOVILIDAD | NORMAL |
| PALPACION | NORMAL |

| Tórax | |
|--------------------|------------------|
| Organo | Hallazgo |
| EXPANSIÓN TORÁCICA | SIMÉTRICA NORMAL |
| GANGLIOS AXILARES | NEGATIVO |
| INSPECCION | NORMAL |
| MAMAS Y PEZÓN | NORMALES |

| Cabeza | |
|-----------------|-------------|
| Organo | Hallazgo |
| CRÁNEO | NORMOCÉFALO |
| CUERO CABELLUDO | NORMAL |

| Cardio Pulmonar | |
|----------------------------|---|
| Organo | Hallazgo |
| AUSCULTACIÓN PULMONAR | RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS |
| CARDIOVASCULAR | NORMAL |
| RUIDOS CARDIACOS | RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS |
| Abdomen | |
| Organo | Hallazgo |
| AUSCULTACIÓN | RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES |
| INSPECCIÓN | CICATRIZ QUIRURGICA |
| PALPACIÓN | BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS |
| Genitales | |
| Organo | Hallazgo |
| GENITALES EXTERNOS | NORMAL |
| Miembros Superiores | |
| Organo | Hallazgo |
| MANIOBRA DE FINKELSTEIN | NEGATIVO |
| OTRA PRUEBA | NO APLICA |
| PINZAMIENTO SUBACROMIAL | NEGATIVO |
| PRUEBA DE PHALEN | NEGATIVO |
| PRUEBA DE PHALEN INVERSO | NEGATIVO |
| PRUEBA PARA EPICONDILITIS | NEGATIVO |
| PRUEBA PARA EPITROCLEITIS | NEGATIVO |
| SIGNO DE TINEL | NEGATIVO |
| Ojos | |
| Organo | Hallazgo |
| HIPEREMIA CONJUNTIVAL | NO |
| ESTRABISMO | NO |
| EXAMEN EXTERNO | NORMAL AMBOS OJOS |
| FONDO DE OJO | NORMAL |
| ESCLERAS COLOR | ANICTERICAS |
| PUPILAS | NORMORREACTIVA A LA LUZ |
| Miembros Inferiores | |
| Organo | Hallazgo |
| LESIONES VASCULARES | NO PRESENTA |
| OTRA PRUEBA | NO APLICA |
| REFLEJO AQUILIANO | NEGATIVO |
| RODILLAS LIGAMENTOS | NEGATIVO |
| RODILLAS PATELLA | NEGATIVO |
| TEST DE LASEGUE | NEGATIVO |
| Columna | |
| Organo | Hallazgo |
| MASAS O ESPASMOS | NO |
| PRESENTA DOLOR | NO |
| INSPECCION | NORMAL |
| PRUEBA DE SCHOBER | NORMAL |
| ROTACIÓN | NORMAL |
| TEST DE WELLS | NORMAL |
| ALINEACIÓN | NORMAL |

| | |
|---------------------------|-------------------|
| FLEXIÓN LATERAL | NORMAL |
| Postura / Simetría | |
| Organo | Hallazgo |
| PRUEBA DE ELASTICIDAD | NORMAL |
| PRUEBA DE HIPEREXTENSIÓN | NEGATIVA |
| SIMETRÍA DE CADERA | NORMAL |
| SIMETRÍA DE HOMBROS | NORMAL |
| TROFISMO MUSCULAR | NORMAL |
| Oídos | |
| Organo | Hallazgo |
| PABELLÓN | NORMAL |
| TIMPANOS | NORMAL |
| Neurológico | |
| Organo | Hallazgo |
| FUERZA MUSCULAR | NORMAL |
| NISTAGMUS | NEGATIVO |
| PRUEBA DE UNTERBERGER | NEGATIVO |
| PRUEBA ÍNDICE NARÍZ | NORMAL |
| ROMBERG SENSIBILIZADO | NEGATIVO |
| SENSIBILIDAD | CONSERVADA NORMAL |
| TEST DE ROMBERG | NEGATIVO |
| Oídos | |
| Organo | Hallazgo |
| EXAMEN EXTERNO | NORMAL |
| OTOSCOPIA | NORMAL |
| Nariz | |
| Organo | Hallazgo |
| EPISTAXIS | NO PRESENTA |
| RINORREA | NO PRESENTA |
| TABIQUE | NORMAL |
| RINOSCOPIA | NORMAL |
| Boca | |
| Organo | Hallazgo |
| DENTADURA | COMPLETA |
| LENGUA | EUTRÓFICA |
| MUCOSA ORAL | HÚMEDA |

Ampliación de los Hallazgos

NO APLICA

CONSULTAS REALIZADOS

| Producto | Valor | | Resultado |
|--|-------|-----------|-----------|
| AUDIOMETRIA | N | NO APLICA | |
| OPTOMETRIA | N | NO APLICA | |
| TEST VALANTI | N | NO APLICA | |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR | N | N | |

LABORATORIOS REALIZADOS

| Producto | Valor | | Resultado |
|----------|-------|-----------|-----------|
| GLICEMIA | N | NO APLICA | |

| | | |
|------------------|---|-----------|
| PERFIL LIPIDICO | N | NO APLICA |
| PARCIAL DE ORINA | N | NO APLICA |
| CUADRO HEMATICO | N | NO APLICA |

Observaciones de los Exámenes Paraclínicos y/o Procedimientos Realizados en Ésta Atención

NO APLICA

| Código | Diagnósticos | Origen | Tipo |
|--------|-----------------------------|--------|---------------------------|
| Z100 | EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

Análisis y Plan de Tratamiento

NO APLICA

| Concepto Ocupacional | Observacion Concepto Ocupacional |
|----------------------|----------------------------------|
| APTO PARA EL CARGO | NO APLICA |

| Requisito Salud | Cumple |
|---|--------|
| NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | N/A |

SIN REQUISITOS DE SALUD

| Restricciones Laborales | Tipo | Recomendaciones |
|-----------------------------|-----------|-----------------|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

SIN RESTRICCIONES LABORALES

| RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES |
|--|
| HÁBITOS SALUDABLES |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | |
| VALORACIÓN POR EPS | MEDICINA GENERAL, NUTRICION |

| RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | |
|-----------------------------------|--------------|
| USO DE EPP | SEGUN RIESGO |
| SVE VISUAL | |
| PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

Otras Observaciones y Recomendaciones

 NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES QUE ALTEREN SU LABOR
 PROMUEVA SU AUTOCUIDADO,
 REALIZAR EJERCICIO 40 MINUTOS 3 VECES POR SEMANA, CONSUMIR ALIMENTACION BALANCEADA

| ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0 | | | |
|----------------------------|-----------|------|----------------|
| Nombre del Medicamento | Posología | Cant | Fecha Creación |
| NO APLICA | NO APLICA | 0 | NO APLICA |

| ORDEN A SERVICIOS N° 0 | | | |
|------------------------|---------------|------|----------------|
| Nombre del Servicio | Observaciones | Cant | Fecha Creación |
| NO APLICA | NO APLICA | 0 | NO APLICA |

| ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0 | | |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------|
| Nombre de la Especialidad | Motivo de la Remisión | Fecha Creación |
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |

NO REFIERE EVOLUCIONES ESTA ATENCIÓN

MÉDICO

Sandra Archila

Firma:

Nombre: ARCHILA CARDENAS SANDRA BIBIANA

R. M.: 0683 L.S.O.: 01362



Código de Seguridad

M1210S7Y872

TRABAJADOR

Angel Ramirez Zulma Patricia

Firma:

Nombre: ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA

CC: 1118547732

Nombre: **ZULMA PATRICIA ANG**

Edad: **32** Sexo: **F**

Cargo: **Competencias laborales**

Estudios: **Técnico**

1 2 1 7-Oct-23

2 2 1

3 2 1

4 2 1

5 2 1

6 2 1

7 2 1

8 1 2

9 1 2

10 2 1

11 2 1

12 2 1

13 2 1

14 2 1

15 2 1

16 1 2

17 2 1

18 2 1

19 1 2

20 2 1

21 2 1

22 1 2

23 2 1

24 1 2

25 1 2

26 2 1

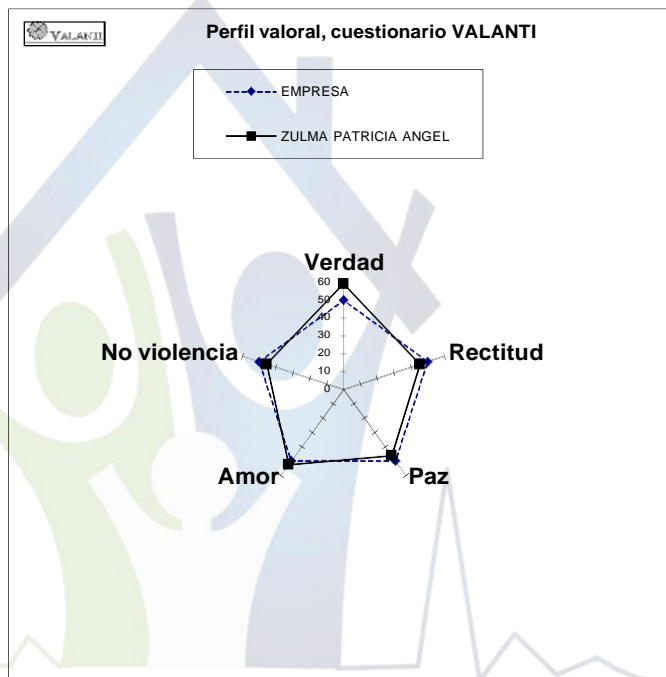
27 1 2

28 2 1

29 2 1

30 2 1

| Valor | Verdad | Rectitud | Paz | Amor | No violencia |
|---|---------------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| Normas nacionales, 1997 (n=730) | 15.65 | 21.05 | 17.35 | 16.68 | 21.22 |
| Standar Normas nacionales, 1997 (n=730) | 4.70 | 4.44 | 6.61 | 5.41 | 7.19 |
| Puntajes directos | 20 | 19 | 15 | 18 | 18 |
| EMPRESA | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| ZULMA PATRICIA ANGEL | 59 | 45 | 46 | 52 | 46 |
| Interpretación del puntaje estándar | Promedio Alto | Promedio | Promedio | Promedio | Promedio |
| | ***** | ***** | ***** | ***** | ***** |
| Distancia con la Organización | 9 | -5 | -4 | 2 | -4 |



El área intelectual (Valor VERDAD) es la más importante para ZULMA PATRICIA ANGEL. El área menos importante es la física (Valor RECTITUD).

Valora la verdad un poco más que el resto de la gente. Resalta la parte intelectual de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

FORTALEZAS.

- ✓ Raciocinio.

ASPECTOS POR MEJORAR

- ✓ Ninguno para el cargo

RECOMENDACIONES PARA EL JEFE INMEDIATO

Se recomienda comparar los valores evaluados con los valores establecidos por la empresa con el fin que se cumplan con los requisitos de la misma, además se deben tener en cuenta los datos obtenidos en la entrevista realizada por la empresa y con los posibles datos obtenidos en su proceso de selección con el objetivo de poder realizar un proceso objetivo del proceso.

Firmado digitalmente,
07/10/2023





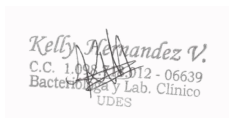
10070005

| | | | | | |
|----------------|-------------------------------------|-----------------|---------------------|------------------------|-------|
| Nombre | ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA | | Fecha de recepcion: | 07-oct.-2023 7:33 am | |
| Identificacion | CC 1118547732 | Tel. 3167780748 | Fecha de impresion: | 07-oct.-2023 10:07 am | |
| Edad | 32 Años 4 Meses 1 Dia | Sexo F | Empresa | IPS SERVIDOENSALUD SAS | Final |
| Medico | | | Plan | IPS SERVIDOENSALUD SAS | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|--------|-----------|----------|-----------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|

| | | | |
|---|-------|-------|----------|
| GLICEMIA | 96.02 | mg/dl | 70 a 110 |
| Metodo: Colorimetrico Enzimatico | | | |

Fecha Validación: 07/10/2023 8:42



VALIDACION



VERIFICACION

VISIOMETRIA ANEXO

AUDIOMETRIA ANEXO

Fecha Validación: 07/10/2023 8:28

VALIDACION

VERIFICACION

PERFIL LIPIDICO

| | | | |
|---|----------|-------|---------|
| COLESTEROL TOTAL | * 207.43 | mg/dl | 0 a 200 |
| Metodo: Colorimetrico Enzimatico | | | |

| | | | |
|---|-------|-------|---------|
| COLESTEROL HDL | 48.00 | mg/dl | 30 a 85 |
| Metodo: Colorimetrico Enzimatico | | | |

| | | | |
|---|----------|-------|---------|
| COLESTEROL LDL - CALCULADO | * 141.07 | mg/dl | 0 a 129 |
| Metodo: Colorimetrico Enzimatico | | | |

| | | | |
|---|-------|-------|--|
| COLESTEROL VLDL | 18.36 | mg/dl | |
| Metodo: Colorimetrico Enzimatico | | | |

| | | | |
|---|-------|-------|----------|
| TRIGLICERIDOS | 91.80 | mg/dl | 35 a 135 |
| Metodo: Colorimetrico Enzimatico | | | |

Fecha Validación: 07/10/2023 8:42



10070005

| | | | | | |
|----------------|-------------------------------------|-----------------|---------------------|------------------------|-------|
| Nombre | ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA | | Fecha de recepcion: | 07-oct.-2023 7:33 am | |
| Identificacion | CC 1118547732 | Tel. 3167780748 | Fecha de impresion: | 07-oct.-2023 10:07 am | |
| Edad | 32 Años 4 Meses 1 Dia | Sexo F | Empresa | IPS SERVIDOENSALUD SAS | Final |
| Medico | | | Plan | IPS SERVIDOENSALUD SAS | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|--------|-----------|----------|-----------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|

Kelly Hernandez V.
C.C. 1.094.272.412 - 06639
Bacteriología y Lab. Clínico
UDES

VALIDACION

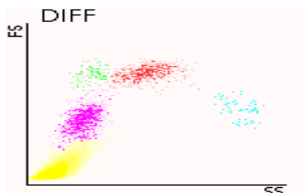
Suseth Quintero
LISETH PAOLA QUINTERO
C.C. 1.094.272.412
BACTERIOLOGIA Y LAB. CLINICO

VERIFICACION

CUADRO HEMATICO AUTO

| | | | |
|--|---------|------------------------------------|---------------|
| RECUENTO TOTAL DE LEUCOCITOS | * 2.86 | x 10 ³ /mm ³ | 4.0 a 10.0 |
| % NEUTROFILOS | * 36.50 | % | 50.0 a 87.0 |
| % LINFOCITOS | * 55.10 | % | 25.0 a 50.0 |
| % MONOCITOS | 4.60 | % | 2.0 a 10.0 |
| % EOSINOFILOS | 3.70 | % | 0 a 7 |
| % BASOFILOS | 0.10 | % | |
| # LINFOCITOS | 1.58 | x 10 ³ /mm ³ | 1.00 a 5.00 |
| # MONOCITOS | * 0.13 | x 10 ³ /mm ³ | 0.20 a 1.50 |
| # NEUTROFILOS | 1.04 | x 10 ³ /mm ³ | |
| EOSINOFILOS | 0.11 | x 10 ³ /mm ³ | |
| BASOFILOS | 0.00 | x 10 ³ /mm ³ | |
| RECUENTO GLOBULOS ROJOS | 3.84 | x 10 ⁶ /u | 3.80 a 5.80 |
| HEMOGLOBINA | 12.00 | g/dl | 11.5 a 16.0 |
| HEMATOCRITO | * 36.20 | % | 37.0 a 47.0 |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO. | 94 | µm ³ | 80 a 100 |
| HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA. | 31.30 | pg | 27.0 a 32.0 |
| CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA. | 33.20 | g/dl | 32.0 a 36.0 |
| RDW-CV | 11 | | |
| RECUENTO DE PLAQUETAS | 193 | x 10 ³ /mm ³ | 150 a 450 |
| VOLUMEN PLAQUETARIO. | * 11.40 | µm ³ | 6.0 a 11.0 |
| PLAQUETOCRITO | 0.22 | % | 0.150 a 0.500 |
| PDW-ANCHO DISTRIBUCION PLAQUETARIO | 16.50 | fL | 9 a 17 |

Fecha Validación: 07/10/2023 8:18



Suseth Quintero
LISETH PAOLA QUINTERO
C.C. 1.094.272.412
BACTERIOLOGIA Y LAB. CLINICO

VALIDACION

Suseth Quintero
LISETH PAOLA QUINTERO
C.C. 1.094.272.412
BACTERIOLOGIA Y LAB. CLINICO

VERIFICACION



10070005

| | | | | | |
|----------------|-------------------------------------|-----------------|---------------------|------------------------|-------|
| Nombre | ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA | | Fecha de recepcion: | 07-oct.-2023 7:33 am | |
| Identificacion | CC 1118547732 | Tel. 3167780748 | Fecha de impresion: | 07-oct.-2023 10:07 am | |
| Edad | 32 Años 4 Meses 1 Dia | Sexo F | Empresa | IPS SERVIDOENSALUD SAS | Final |
| Medico | | | Plan | IPS SERVIDOENSALUD SAS | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|--------|-----------|----------|-----------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|

PARCIAL DE ORINA

| | | |
|----------------------------|------------|--------|
| COLOR | AMARILLO | |
| ASPECTO | LIG.TURBIO | |
| DENSIDAD | 1030.000 | |
| PH | 6.00 | |
| LEUCOCITOS | NEGATIVO | Leu/UI |
| NITRITOS | NEGATIVO | |
| PROTEINAS | NEGATIVO | mg/dl |
| GLUCOSA | NEGATIVO | mg/dl |
| CUERPOS CETONICOS | NEGATIVO | mg/dl |
| UROBILINOGENO | NORMAL | mg/dl |
| BILIRRUBINAS | NEGATIVO | mg/dl |
| HEMOGLOBINA. | NEGATIVO | Ery/ul |
| CELULAS EPITELIALES | 0-2 | XC |
| LEUCOCITOS.. | 0-2 | XC |
| BACTERIAS | ESCASA | /ul |

Fecha Validación: 07/10/2023 8:44

Kelly Hernandez V.
C.C. 1.094.272.412 - 06639
Bacteriología y Lab. Clínico
UDES

VALIDACION

Suzeth Quintero
LISETH PACHEA QUINTERO
C.C. 1.094.272.412
BACTERIOLOGIA Y LAB. CLINICO

VERIFICACION



10070005

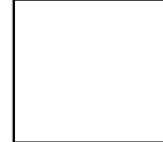
| | | | | |
|----------------|-------------------------------------|---------------------|------------------------|-------|
| Nombre | ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA | Fecha de recepcion: | 07-oct-2023 7:33 am | |
| Identificacion | CC 1118547732 | Tel. | 3167780748 | |
| Edad | 32 Años 4 Meses 1 Dia | Sexo | F | |
| Medico | | Fecha de impresion: | 07-oct-2023 10:07 am | |
| | | Empresa | IPS SERVIDOENSALUD SAS | Final |
| | | Plan | IPS SERVIDOENSALUD SAS | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|--------|-----------|----------|-----------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|

ANEXOS



AVANCEMOS SERVICIOS DE SALUD IPS
 Dirección: Calle 9#20-44
 Celulares: 3115963274 - 3222847792
 Página web: www.avancemossaludips.com
 Yopal - Casanare



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES Atención N°: 2.495

Fecha: 07/10/2023 Municipio: YOPAL (CASANARE, COLOMBIA) CC: 1118547732 Nombre: ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA Edad: 32 AÑOS 4
 Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: AUX ADMINISTRATIVO Empresa: IPS SERVIDOENSALUD SAS
 Eps: CAPRESOCA Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO
 Lugar del Último Examen: OCUPACIONAL Motivo Consulta: EXAMEN OCUPACIONAL

| ANTECEDENTES VISUALES | |
|----------------------------|-----------|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | NO APLICA |
| TRAE RX | SI |
| USA ANTEOJOS | NO USA |

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA
ASINTOMÁTICO

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----|-------------------------------|-----------|-----------|
| O.D: | 20/20/40 | 0.5M | N/A | 20/20 | 20/20/20 | 0.5M |
| O.I: | 20/20/100 | TITULO BC | N/A | 20/100 | 20/20/100 | TITULO BC |
| A.O: | 20/20/40 | 0.5M | N/A | 20/20 | 20/20/20 | 0.5M |

EXAMEN EXTERNO
 OJO DERECHO: NO REVISADO
 OJO IZQUIERDO: NO REVISADO

REFLEJOS
 OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST
 VISIÓN LEJANA: NORMAL
 VISIÓN PROXIMA: NORMAL

MOTILIDAD OCULAR
 OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA
 OBSERVACIÓN: NORMAL

OFTALMOSCOPIA
 OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL
 OJO IZQUIERDO: COROIDORETINITIS POR TOXOPLASMA

QUERATROMETRÍA
 OJO IZQUIERDO: K' =
 OJO DERECHO: K' =

REFRACCIÓN
 OJO DERECHO: NO REVISADO AV VL 20/
 OJO IZQUIERDO: NO REVISADO AV VL 20/

RX FINAL
 OJO IZQUIERDO: NO REVISADO AV VL 20/ AV VP 20/ ADD
 OJO DERECHO: NO REVISADO AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

VISIÓN COLOR



10070005

| | | | | | |
|----------------|-------------------------------------|-----------------|---------------------|------------------------|-------|
| Nombre | ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA | | Fecha de recepcion: | 07-oct.-2023 7:33 am | |
| Identificacion | CC 1118547732 | Tel. 3167780748 | Fecha de impresion: | 07-oct.-2023 10:07 am | |
| Edad | 32 Años 4 Meses 1 Dia | Sexo F | Empresa | IPS SERVIDOENSALUD SAS | Final |
| Medico | | | Plan | IPS SERVIDOENSALUD SAS | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|--------|-----------|----------|-----------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|

| OJO DERECHO: NORMAL | | | | |
|---|--------------------------------|-----------|--------|---------------------------|
| OJO IZQUIERDO: 4/14 | | | | |
| ESTEREOPSIS | | | | |
| OBSERVACIÓN: 2000 SG D E ARCO | | | | |
| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
| B580 | OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA | IZQUIERDO | COMUN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |
| H521 | MIOPIA | AMBOS | COMUN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |
| H522 | ASTIGMATISMO | AMBOS | COMUN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |
| CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES | | | | |
| CONTROL EN UN AÑO | | | | |
| USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE | | | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: | | | | |

OPTOMETRA



Firma: _____
 Nombre: **BENAVIDES PEREZ ANA CRISTINA**
 R. M.: 1335 L.S.O.: 01005



Código de Seguridad
N1368T3Z2495

PACIENTE

Firma: _____
 Nombre: **ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA**
 CC: 1118547732



10070005

Nombre: **ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA** Fecha de recepcion: 07-oct-2023 7:33 am
 Identificacion: CC 1118547732 Tel. 3167780748 Fecha de impresion: 07-oct-2023 10:07 am
 Edad: 32 Años 4 Meses 1 Dia Sexo F Empresa: IPS SERVIDOENSALUD SAS
 Medico: Plan: IPS SERVIDOENSALUD SAS

Final

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|--------|-----------|----------|-----------------------|
|--------|-----------|----------|-----------------------|



AVANCEMOS SERVICIOS DE SALUD IPS
 Dirección: Calle 9#20-44
 Celulares: 3115963274 - 3222847792
 Página web: www.avancemossaludips.com
 Yopal - Casanare

AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES Atención N°: 2254
 Fecha: 07/10/2023 Ciudad: YOPAL (CASANARE, COLOMBIA)
 Tipo Examen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO Eps: CAPRESOCA
 CC: 1118547732 Nombre: ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA Edad: 32 AÑOS 4 MESES 1 DÍAS Genero: FEMENINO
 Fecha Nacimiento: 06/06/1991 Empresa: IPS SERVIDOENSALUD SAS Ocupacion: AUX ADMINISTRATIVO

| ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES | | | | | |
|----------------------------------|-------|--------------------|------------|------|-------|
| Empresa | Cargo | Tipo de Protección | Tolerancia | Años | Meses |
| NO | | 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 | | |

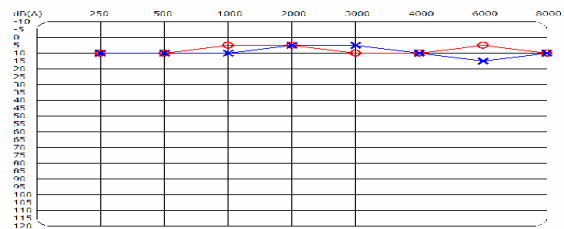
| EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL | | | |
|-------------------------------|-------------|----------------|-------------|
| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
| TEJO | NO REFIERE | POLIGONO | NO REFIERE |
| MOTO | NO REFIERE | AUDIFONOS | NO REFIERE |
| DISCOTECA | NO REFIERE | 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 audiómetro utilizado: INVENTIS PICOLO PLUS F. Ultima Calibración: 2021-03-26

○ : Vía aérea del OD ✕ : 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 | 10 | 10 | 5 | 5 | 10 | 10 | 5 | 10 |
| VAOI | 10 | 10 | 10 | 5 | 5 | 10 | 15 | 10 |




PTA Oído derecho: 7.50 PTA Oído izquierdo: 7.50

SEVERIDAD - CAOHC
 Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oído | Origen | Tipo |
|--------|----------------------------------|-------|--------|---------------------------|
| Z011 | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|----------------------------|-------------|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO | |

Observaciones
 NO

FONOAUDIÓLOGO
 Firma: 
 Nombre: JAIME GOMEZ YENIFER ANDREA
 R. M.: 1561 L.S.O.: 0770



Código de Seguridad
N1368T2Z2254

TRABAJADOR
 Firma: _____
 Nombre: ANGEL RAMIREZ ZULMA PATRICIA
 CC: 1118547732