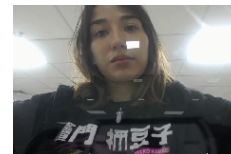


H.C.: 1022398965-443474

Fecha y Lugar: 13/01/2026 MEDELLIN



1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:

PARTICULAR

NIT: 1

Empresa en Misión:

Actividad Económica:

Otras actividades de servicios personales n.c.p.

Dirección: 0

Teléfono: 0 - 0

Ciudad: MEDELLIN

E-Mail: n/a

Nivel de Riesgo:

4

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: KELLY JOHANNA GUEVARA ACEVEDO

Género: FEMENINO

Edad: 31

Fecha y Lugar de Nacimiento: 15/11/1994 BOGOTÁ, D.C.

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CALLE 103 D # 67-39 MEDELLIN

ARL: NO REPORTA

Identificación: 1022398965

Teléfono:

Cargo: INSTRUCTOR (A)

Escolaridad: ESPECIALIZACION

EPS: EPS SURA

AFP: COLPENSIONES

Rh: RH A+

Móvil: 3104824060

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
COMBINAR TAREAS ESTÁTICAS CON OTRAS DE MOVIMIENTO DINÁMICO.
EN PUESTOS DE TRABAJO CON UTILIZACIÓN DE EQUIPOS DE CÓMPUTO Y PANTALLAS:
EVITAR REFLEJOS EN LA PANTALLA
TRABAJAR EN UNA HABITACIÓN CON ILUMINACIÓN HOMOGÉNEA
EMPLEAR UN TAMAÑO DE LETRA LEGIBLE
HACER DESCANSOS Y PRACTICAR EJERCICIOS VISUALES
VISIONOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.
EVITAR FORZAMIENTO DE LA INTENSIDAD DE LA VOZ
MANTENER UNA BUENA HIDRATACIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TEST PSICOLÓGICO REALIZADO NORMAL

AUDIOMETRÍA REALIZADO

VISIONOMETRÍA REALIZADO

GLICEMIA REALIZADO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO

Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.

La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.

Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.

Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.

Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.



Medico Especialista en Salud Laboral
MARIA JOHANNA ACOSTA SALGADO
2021 233048

Firma y cédula del Paciente
KELLY JOHANNA GUEVARA ACEVEDO
1022398965

EXAMEN VISIOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	13/01/2026	MEDELLIN	Tipo de Examen:	PRE INGRESO	
Paciente:	KELLY JOHANNA GUEVARA ACEVEDO		Identificación:	1022398965	
Género	FEMENINO	Edad: 31	Teléfono		Móvil: 3104824060
Fecha Nacimiento:	15/11/1994		Cargo:	INSTRUCTOR (A)	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		EPS:	EPS SURA	
Dirección	CALLE 103 D # 67-39		Escolaridad:	ESPECIALIZACION	
Empresa	-				

EVALUACIÓN

Exposición a Factores de Riesgo Ocupacionales											
		Años	Meses	Protección	Accidentes			Años	Meses	Protección	Accidentes
Mecánico	Proyección de Partículas	0	0	No	No	Químico	Polvos	0	0	No	No
Biológico	Virus, Bacterias, Hongos	0	0	No	No		Vapores, Gases	0	0	No	No
Físicos	Temperaturas Altas	0	0	No	No		Humos, Aerosoles	0	0	No	No
	Radiación Ionizante	0	0	No	No		Líquidos	0	0	No	No
	Radiación No Ionizante	0	0	No	No	Carga Física	Fijación Permanente	0	0	No	No
	Iluminación	0	0	No	No		Pantallas	0	0	No	No
		0	0	No	No			0	0	No	No
Hallazgos											
Sintomas											

Irritación: No

Ardor Ocular: Cefalea:

Caspa en Pestañas:

Mala Visión de Cerca: No Lagrimeo:

Mala Visión de Lejos: Confusión de Letras:

Cansancio Visual: No Salto de Renglones:

Fatiga Visual:

Visión Variable:

Equipo

Sensación de Cuerpo Extraño:

Examen Físico					
Parpados: Sin Corregir	Conjuntivas: Normal	Escleras: Normal	Iris, Pupila: Normal	Córnea: Normal	Fondo de Ojo: Normal
Pterigion: No	Queratocono: No				
Hallazgos					
Percepción de Colores	Discromatopsia (Daltonismo): No				
Prueba Visión Lejana	Sin Corrección	Izquierdo: 20/20	Ambos: 20/20	Derecho: 20/20	
Normal Si	Con Corrección	Izquierdo:	Ambos:	Derecho:	
Prueba Visión Cercana	Sin Corrección	Izquierdo: 20/20	Ambos: 20/20	Derecho: 20/20	
Normal Si	Con Corrección	Izquierdo:	Ambos:	Derecho:	
Foria Lateral: 9	Foria Vertical: 4	Fusión: Normal	Estereopsis: Normal		
Campos Horizontales:	Izquierdo: 85° SI - 70° SI - 55° SI - NASAL SI			Derecho: 85° SI - 70° SI - 55° SI - NASAL SI	

Conclusiones

Trastorno de Agudeza Visual: No

Trastorno Unilateral de la Visión:

Requiere uso obligatorio de lentes para trabajar: No Presbicia, requiere lentes para trabajos con detalle

Discromatopsia (Daltonismo) No apto para oficios que requieran discriminación fina de colores: No

Evaluación Optométrica, Evaluar necesidad de corrección visual o la corrección Actual: No Evaluación por Oftalmología: No

Visión de profundidad Normal:

Lejos: No

Cerca: No

Fusión Anormal: No

Lejos: No

Cerca:

Foria Lateral No

Lejos: No

Cerca: No

Foria Vertical:

Lejos: No

Cerca: No

Alteración Campo Visual: No

Lejos: No

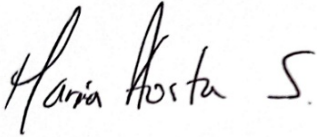
Cerca: No

Otras Patologías:

Aplazado: No

Recomendaciones REALIZADO

Observaciones



MARIA JOHANNA ACOSTA SALGADO

2021 233048

Profesional

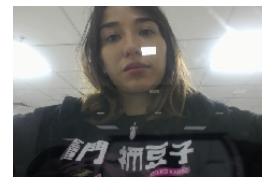


KELLY JOHANNA GUEVARA ACEVEDO

1022398965

Firma y cédula del Paciente

EXAMEN AUDIOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 13/01/2026 MEDELLIN	Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Paciente: KELLY JOHANNA GUEVARA ACEVEDO	Identificación: 1022398965
Género: FEMENINO Edad: 31	Teléfono: Móvil: 3104824060
Fecha Nacimiento: 15/11/1994	Cargo: INSTRUCTOR (A)
Estado Civil: SOLTERO(A)	EPS: EPS SURA
Dirección: CALLE 103 D # 67-39	Escolaridad: ESPECIALIZACION
Empresa: -	

ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	EXPOSICION A RUIDO	PROTECCION AUDITIVA	TIEMPO
SENA	INSTRUCTORA	NO	NO	5 AÑOS

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. OYE EN CONVERSACIÓN CORRIENTE	N	
2. TRASTORNO DE EQUILIBRIO	N	
3. TRASTORNO DE LENGUAJE	N	
4. ACUFENOS	N	
5. OTORREA	N	
6. TRAUMAS	N	
7. CIRUGIAS	N	
8. DOLOR O.D. O.I.	N	
9. OTITIS	N	
10. EXP. EXTRALABORAL	N	
11. UTILIZA MEDICAMENTOS OTOTOXICOS	N	
12. PRESENTA ANTECEDENTES CONGENITOS	N	
13. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	N	
14. SIFILIS	N	
15. MENINGITIS	N	
16. SARAMPIÓN	N	
17. RUBEOLA	N	
18. PARALISIS FACIAL	N	
19. TUBERCULOSIS	N	
20. OTROS	N	

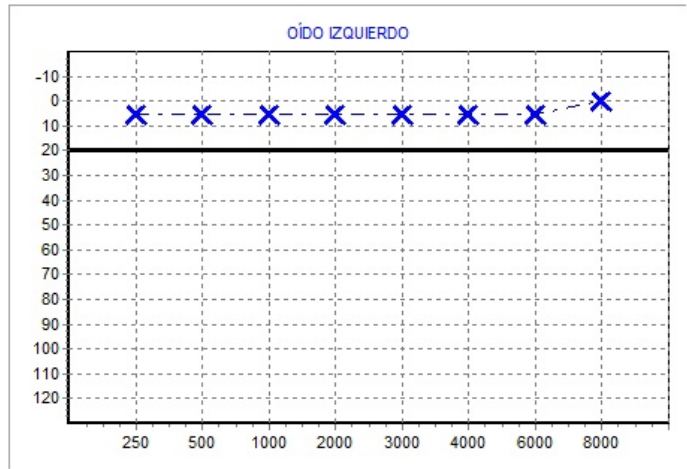
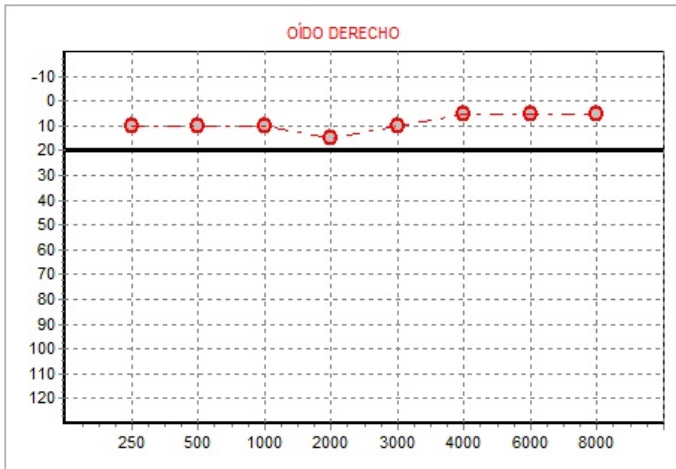
ANTECEDENTES EXTRALABORALES

ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. POLIGONO	N	
2. MUSICA CON AUDIFONOS	N	
3. MUSICA A ALTO VOLUMEN	N	
4. BUCEO	N	
5. MOTO	N	
6. TEJO	N	
7. SERVICIO MILITAR	N	
8. OTROS .	N	

EVALUACIÓN

EQUIPOS QUE MANEJA	No Aplica
MATERIAS PRIMAS E INSUMOS	No Aplica
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	No Aplica
REPOSO AUDITIVO: S	FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN: -2023
OTOSCOPIA OI:	NORMAL
OTOSCOPIA OD:	NORMAL

AUDIOGRAMA



CONCLUSIONES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

OD: AUDICION NORMAL OI: AUDICION NORMAL

PTA OÍDO DERECHO: 11.25 - Audición Normal PTA OÍDO IZQUIERDO: 5.00 - Audición Normal

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO

CONCEPTO

N

PAOLA ANDREA YEPES GONZALEZ

Profesional

KELLY JOHANNA GUEVARA ACEVEDO

Firma y cédula del Paciente

1022398965



50183151

Página 1 de 1

Servicio : CONSULTA EXTERNA
Solicitud : 50183151
Paciente : KELLY JOHANNA GUEVARA ACEVEDO
Identificación : 1022398965
Convenio : IPS LABORA VITAL
Telefono :

Sede : ADILAB LABORA VITAL
Fecha Recepción : 2026-01-13 06:22:37
Fecha Validación : 2026-01-13 08:19:56
Fecha Impresión : 2026-01-13 09:55:43.
Edad/Sexo : 31 / F
Fecha Nacido : 1994-11-15

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE		
Resultado:	82 mg/dl	70 - 100
Metodo:Colorimetrico		

Validado Por:

SERGIO ANDRES ORTIZ VALLE

T.P-1036600471

* La interpretación del resultado de sus exámenes corresponde exclusivamente al médico *

Calle 49 # 45 - 81 Edificio Cataluña - Piso 3 - Medellín - Colombia
Telefonos : (+4) 4443582 - 3104564486 - 3104565660 - 3104560324.
www.adilab.com.co / e-mail : laboratorio@adilab.com.co

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 50183151

URL : <https://acortar.link/vI3yLL>

