BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 3353055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO AUDIOMETRIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 2026-10-13



Nombre: Maria Cristina Aguirre Gaviria **Identificacion:** 30304456
Fecha Nacimiento: 1967-05-01 **Sexo:** F **Edad:** 59 **Estado Civil:** Casado/a
Direccion: Call 26 a 11 -03 **Barrio:** Bosques de Santa **Ciudad:** SANTA ROSA DE CABAL
Telefono: **Proceso a Ejecutar:** DOCENTE
Grupo Sanguineo: A+

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre Empresa: PARTICULAR **Nit:** 22222222 **Telefono:**
Dirección: . - PEREIRA **Area / Empresa Misión:** PARTICULAR
Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

Tiro o caza:	NO	Rudio ambiental:	NO	Tejo:	NO	Uso de audifonos:	NO
Discotecas:	NO	Servicio militar:	NO	Uso de moto:	NO		

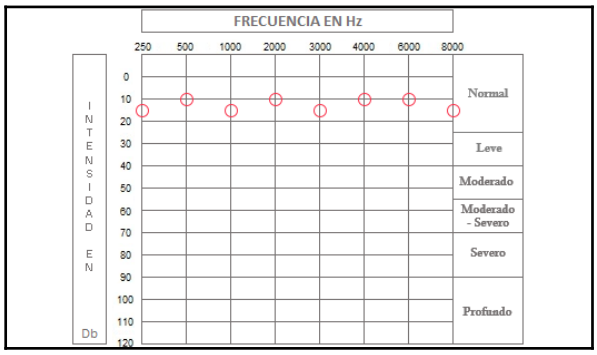
OBSERVACIONES

ULTIMO EXAMEN NORMAL 1 AÑO

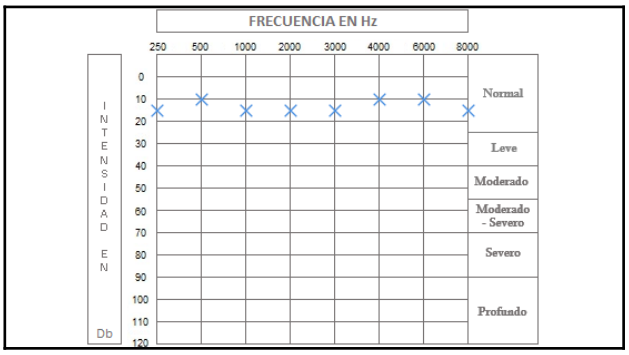
OTOSCOPIA

FRECUENCIA EN HZ

OÍDO DERECHO



OÍDO IZQUIERDO



PRESBIACUSIA	O.D	O.I		
ELI :			SAL :	A
LARSEN :			CAOHC-GATISO :	

OBSERVACIONES

OTOSCOPIA NORMAL BILATERAL

AUDICIÓN NORMAL BILATERAL, PTA NORMAL BILATERAL

CONTROL AUDITIVO ANUAL

USAR PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTE DE RUIDO

REPOSO Y CUIDADO AUDITIVO EXTRALABORAL

RECOMENDACIONES

Alexa Sarmiento Moreno
Fonoaudióloga Especialista SST
Res. 1490/2016

Dr(a). Alexa Maryory Sarmiento Moreno
Fonoaudiólogo(a)

FIRMA DEL PACIENTE
No Identificación: 30304456

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 3353055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 2026-10-13 **Hora I:** 08:41 **Hora F:** 08:52

Nombre: Maria Cristina Aguirre Gaviria **Identificacion:** 30304456
Fecha Nacimiento: 1967-05-01 **Sexo:** F **Edad:** 59 **Estado Civil:** Casado/a **Grupo/Rh:** A+
Eps: SALUD TOTAL **Pensiones:** PORVENIR **Arl:** POSITIVA **Estrato:** 2
Direccion: Call 26 a 11 -03 **Barrio:** Bosques de Santa **Ciudad:** SANTA ROSA DE CABAL
Telefono: 3103716254 **Proceso a Ejecutar:** DOCENTE

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre Empresa: PARTICULAR **Nit:** 22222222 **Telefono:** **Cod CIIU:**
Dirección: . - PEREIRA **Empresa Usuaria:** PARTICULAR
Exámen Ocupacional: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO :: Con énfasis osteomuscular

EXÁMENES PRACTICADOS

- AUDIOMETRIA - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - GLICEMIA - OPTOMETRIA - PERFIL LIPIDICO - VALORACION FONOAUDIOLOGIA

RESULTADO DE LA VALORACIÓN MEDICA EXAMEN : EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

IMC: 27.97

Sin restricciones para el cargo: [X] **Con Recomendaciones:** [ ] **Con Restricciones:** [ ] **Aplazado:** [ ]

OBSERVACIONES

EXAMEN MEDICO LABORAL INGRESO.
CUMPLE CON LOS REQUISITOS REQUERIDOS PARA EL CARGO SIN LIMITACIONES DE HORARIOS, TAREAS O ACTIVIDADES.
EN LA EVALUACIÓN SE HACE ÉNFASIS EN SISTEMAS OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES QUE IMPIDAN SU ADECUADO DESEMPEÑO LABORAL DE ACUERDO CON EL CARGO.
EVALUACIÓN VISUAL CON ALTERACION QUE NO IMPIDE LA LABOR. REQUIERE USO DE CORRECCION OPTICA PARA LABORAR PERMANENTE.
EVALUACIÓN AUDITIVA NORMAL BILATERAL. USAR PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTE DE RUIDO
EVALUACIÓN DE LABORATORIOS CON GLICEMIA Y PERFIL LIPÍDICO EN VALORES QUE NO REQUIEREN INTERVENCIÓN.
SE LE INDICA MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL EN SU TRABAJO Y LA VIDA PERSONAL. ASÍ COMO MANTENER UN MANEJO ADECUADO DE CARGAS Y UN USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL E INCENTIVAR HÁBITOS SALUDABLES EN ESTILO DE VIDA.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS: **Remisión a eps:** NO **Remisión ARL:** NO

RIESGOS OCUPACIONALES

Psicolaborales: Contenido de la tarea, Seguridad: Locativos, Desplazamiento, Mecánicos, Biomecánicos: Carga dinámica, Carga estática

RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN

USO DE EPP

Guantes: [ ] Monogafas: [ ] Casco: [ ] Tapa Oidos: [ ] Tapa Bocas: [ ] Otros:

Controles Periodicos: [X] Pausas Activas: [X] Reglamiento de higiene y seguridad insdustrial: [X]

SVE

Auditivo: [ ] Visual: [ ] Ergonómico: [ ] Cardiovascular: [ ] Psicolaboral: [ ]

Otros SVE:

Dr(a). Josè Olmes Hernandez Palomino
Licencia en salud ocupacional : LPSST506-16- CC94318049

FIRMA DEL PACIENTE
No Identificación: 30304456

* El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. La resolución 1843 de 2025 del ministerio de trabajo, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.** Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) a cerca de la naturaleza y los fines de los exámenes médicos ocupacionales y paraclínicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la IPS.

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 3353055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO VISUAL OPTOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 2026-10-13

Nombre: Maria Cristina Aguirre Gaviria **Identificacion:** 30304456
Fecha Nacimiento: 1967-05-01 **Sexo:** F **Edad:** 59 **Estado Civil:** Casado/a
Direccion: Call 26 a 11 -03 **Barrio:** Bosques de Santa **Ciudad:** SANTA ROSA DE CABAL
Telefono: **Proceso a Ejecutar:** DOCENTE
Grupo Sanguineo: A+

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre Empresa: PARTICULAR **Nit:** 22222222 **Telefono:**
Dirección: . - PEREIRA **Area / Empresa Misión:** PARTICULAR
Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

ANAMNESIS

Uso antejos formulados: SÍ Uso permanente: X Lejos: Cerca: Visión prolongada:

Último examen: 1970-01-01 **Observaciones:**

SINTOMAS

Cefalea: Lagrimeo: Ardor: Secreción: Hiperemia: Visión borrosa VL:

V. borrosa VC: Fotofobia: Fatiga visual: Visión doble: Salto de renglón: Otros: Ninguno: X

EXAMEN EXTERNO

Pterigio: Pingüecula: Ptosis: Secreción: Hiperemía: Nistagmus: Otros:

Observaciones: SANO OCULAR

AGUDEZA VISUAL

	SIN CORRECIÓN				CON CORRECCIÓN			
Visión lejos:	**OD: 20/:**	100	**Visión cerca:**	**OD: 20/:** 200	**Visión lejos:**	**OD: 20/:** 25	**Visión cerca:**	**OD: 20/:** 20
	OI : 20/:	100		**OI : 20/:** 200		**OI : 20/:** 25		**OI : 20/:** 20

OFTALMOSCOPIA: **OD:** N A **OI:** N A

Hallazgos:

QUERATOMETRO: **OD:** **OI:**

LENSOMETRO: **OD:** **OI:**

RX

OD: +350-125*90 **AV: 20/** 25 **ADD:** 275 **AV:20 /** 20
OI : +350-125*90 **AV: 20/** 25 **ADD:** 275 **AV:20 /** 20
DP: 32/32 Uso: Lejos: Cerca: Permanente: X
Primera vez: Cambio RX: Igual RX: Tipo lente: Bifocal: X Sencillo:

Test Estereopsis: N X A Visión cromática: N X A Campo visual OD normal: SÍ Campo visual OI normal: SÍ

Diagnóstico: Hipermetropía - Astigmatismo - Presbicia -

OBSERVACIONES

PACIENTE SI REQUIERE UTILIZAR CORRECCION OPTICA, PARA LABORAR. PERMANENTE.

Dr(a). Melissa Carolina Yu Acevedo
Optómetra

FIRMA DEL PACIENTE
No Identificación: 30304456

	INFORME EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE VOZ (PRUEBA TAMIZ)		CODIGO: PM-FA-FR-01
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	RESPONSABLE FONOAUDIOLOGIA	VERSION: 03
			VIGENCIA: 20 Noviembre 2023

NOMBRE: Maria Cristina Aguirre Gaviria CC: 30301456

FN: 01 Mayo 1967 EDAD: 59 años

EMPRESA: Particular - SENA OCUPACIÓN: docente

DIRECCION: Cll 26A # 11-013 Santo Rosa

TEL: 3103716259 FECHA DE EVALUACIÓN: 13 Oct 2016

TIPO DE EVALUACION: INGRESO X PERIODICO _____ RETIRO _____

ANTECEDENTES PERSONALES: (Marque SI o NO, según corresponda)

Ronquera	NO	Dolor al hablar	NO	Pérdida de la voz:	NO
Sensación Cuerpo Extraño	NO	Carraspeo	NO	Secreciones	NO
Obstrucción Nasal	NO	Malformaciones	NO	Alteración Auditiva	NO
Fumador	NO	Alteración hormonal	NO	Alergias	NO
Tto. con ORL	NO	Cirugías en cabeza y cuello	NO	Procesos Respiratorios agudos	NO
Tto con Gastroenterólogo	NO	Tto en cabeza y cuello	NO	Otros	NO

óRGANOS FONOARTICULADORES : (Marque N (sin alteración) o A (con alteración), según corresponda)

OFA	IMPLANTACIÓN	COLORACIÓN	TAMAÑO
Lengua	N	N	N
Mejillas	N	N	N
Labios	N	N	N
Dientes	N	N	N
Maxilar superior	N	N	N

ELEMENTOS SUPRASEGMENTALES DEL HABLA:

RITMO	Normal	/	Bradilalia		Taquilalia	
FLUIDEZ	Normal	/	Amplia		Baja	
INTENSIDAD	Normal	/	Aumentada		Disminuida	
TONO	Normal	/	Grave		Agudo	

PERMEABILIDAD NASAL:

Simétrica		Asimétrica	/

RESPIRACIÓN

Diafragmática		Intercostal		Clavicular		Mixto	/

Powered by CamScanner

	INFORME EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE VOZ (PRUEBA TAMIZ)		CODIGO: PM-FA-FR-01
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	RESPONSABLE FONOAUDIOLOGIA	VERSION: 03
			VIGENCIA: 20 Noviembre 2023

COORDINACION FONO – RESPIRATORIA

Normal	/	Alterada	

TONO MUSCULAR:

Normal	/	Hipotónico		Hipertónico	

VOZ:

Leída	N	Cantada	N	Hablada	N	Susurrada	N

POSTURA:

Normal	/	Alterada	

ARTICULACION:

Normal	/	Dislalias		Especifique	

OBSERVACIONES: TMF ① 13" ② 13" ③ 10" Max: 13"

DIAGNóSTICO:

1. Comportamiento vocal funcional- se ofrecen ejercicios
2. funcion vocal
3.

Alexa Sarmiento
FONOAUDIOLOGA
ESPECIALISTA EN S.S.T.
RS. 31327/2026

FIRMA DEL PROFESIONAL
SELLO

FIRMA DEL USUARIO
C.C. 30304456.

Powered by CamScanner

BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S

Para hacer del trabajo un acto digno

NIT 900.304.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 3353055 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludsas@gmail.com

LABORATORIO CLÍNICO

VIGILADO Supersalud

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 2026-10-13



Nombre: Maria Cristina Aguirre Gaviria **Identificacion:** 30304456
Fecha Nacimiento: 1967-05-01 **Sexo:** F **Edad:** 59 **Estado Civil:** Casado/a
Direccion: Call 26 a 11 -03 **Barrio:** Bosques de Santa **Ciudad:** SANTA ROSA DE CABAL
Telefono: **Proceso a Ejecutar:** DOCENTE
Grupo Sanguineo: A+

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre Empresa: PARTICULAR **Nit:** 22222222 **Telefono:**
Dirección: . - PEREIRA **Area / Empresa Misión:** PARTICULAR
Examen: EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

EXÁMENES REALIZADOS	RESULTADO	VLR. REFERENCIA
GLICEMIA		
	96 mg/dl	70 a 105 mg/dl
PERFIL LIPIDICO		
	COLESTEROL TOTAL 232mg/dl	MENOR A 200 mg/dl
	TRIGLICERIDOS 114 mg/dl	MENOR A 150 mg/dl
	COLESTEROL HDL 63 mg/dl	MAYOR O IGUAL A 60 mg/dl
	COLESTEROL LDL 146.2 mg/dl	MENOR A 110 mg/dl
	COLESTEROL VLDL 22.8 mg/dl	MENOR A 30 mg/dl
	INDICE ARTERIAL 3.68	MENOR DE 5

Dr(a). Luisa Yannette Becerra Torres
Bacteriólogo(a)

FIRMA DEL PACIENTE
No Identificación: 30304456