



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.018

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
30 DÍA	01 MES	2025 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA				SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA					
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)									
SANCHEZ ORJUELA DIEGO ALEJANDRO				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		39 AÑOS 2 MESES 2 DÍAS		CC 14297166	
Apellidos y Nombres								Tipo Número	
Cargo INSTRUCTOR PRESENCIAL				Dependencia del Trabajador SENA REGIONAL TOLIMA - CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA									
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:									
VISIOMETRÍA				EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO					
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				AUDIOMETRIA SOD					
EVALUACIÓN OSTEOMUSCULAR				ÉNFASIS CARDIOVASCULAR					
CONSULTA DE PSICOLOGÍA OCUPACIONAL				-----					
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP				HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
AL INGRESO SE ENCUENTRA TRAAJADOR EN BUENA CONDICION, SIN RESTRICCION MEDICA PARA LAS ACTIVIDADES DEL CARGO.									
<p>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.</p>									
Médico				Aspirante o Trabajador					
Firma:				Firma:					
Nombre: BARRIOS DIAZ MARGARITA ROSA				Nombre: SANCHEZ ORJUELA DIEGO ALEJANDRO					
R. M.: 17085 L.S.O.: 73305				Código de Seguridad F579L1R24018				CC: 14297166	



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 12,177

Fecha: 30/01/2025 Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) CC: 14297166 Nombre: SANCHEZ ORJUELA DIEGO ALEJANDR Edad: 39 AÑOS 2
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR PRESENCIAL Empresa: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Eps: SANITAS Tipo Evaluación Médica: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: IBAGUE Motivo Consulta: INGRESO OCUPACIONAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	VDT
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
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:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.5	N/A	NO APLICA		N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO DEL OJO

VISIÓN CROMÁTICA

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: NORMAL

MOVIMIENTOS OCULARES

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SIN RESTRICCIONES VISUALES

OPTOMETRA

Firma: 
Nombre: VELANDIA RODRIGUEZ RICARDO
R. M.: 12105 L.S.O.:



PACIENTE

Firma: 
Nombre: SANCHEZ ORJUELA DIEGO ALEJANDRO
CC: 14297166

VALORACION AUDIOMETRICA OCUPACIONAL

1. INFORMACION GENERAL

Fecha: enero-20-25 Empresa: SEHA Tipo de examen: I P R A
Nombre: Diego Alejandro Sanchez CC No: 14'297.766
Sexo: F M X Edad: 39 Tel: 3125468895 Cargo: Instructor
Antigüedad: Reposo auditivo: SI NO Uso de EPA: SI NO Tipo:

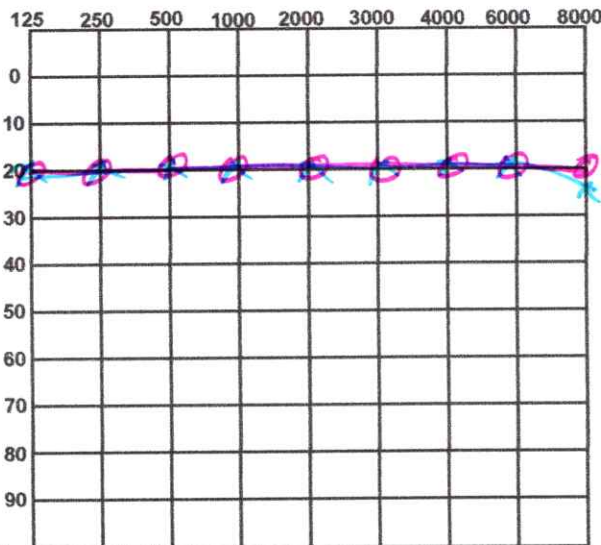
2. ANTECEDENTES DE SALUD OTOLÓGICOS Y ACTIVIDAD EXTRALABORAL

OTOLÓGICOS	Si	No	INGESTA OTOTOXICOS	Si	No	EXTRALABORALES	Si	No
OTALGIA	<u> </u>	<u> </u>	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	<u> </u>	<u> </u>	MOTO	<u> </u>	<u> </u>
OTITIS	<u> </u>	<u> </u>	QUIRURGICO	<u> </u>	<u> </u>	TEJO	<u> </u>	<u> </u>
OTORREA	<u> </u>	<u> </u>	CIRUGIA DE OIDO	<u> </u>	<u> </u>	SERVICIO MILITAR	<u> </u>	<u> </u>
OTORRAGIA	<u> </u>	<u> </u>	TIMPANOPLASTIA	<u> </u>	<u> </u>	POLIGONO	<u> </u>	<u> </u>
PRURITO	<u> </u>	<u> </u>	CX CABEZA O CUELLO	<u> </u>	<u> </u>	DISCOTECA	<u> </u>	<u> </u>
SENSACION OIDO TAPADO	<u> </u>	<u> </u>	PATOLOGIAS	<u> </u>	<u> </u>	WALMAN	<u> </u>	<u> </u>
TRANSTORNOS EQUILIBRIO	<u> </u>	<u> </u>	HIPERTENSION ARTERIAL	<u> </u>	<u> </u>	INSTRUMENTO MUSICAL	<u> </u>	<u> </u>
TINITUS/ACUFENOS	<u> </u>	<u> </u>	DIABETES	<u> </u>	<u> </u>	ARMA DE FUEGO	<u> </u>	<u> </u>
CONSIDERA QUE ESCUCHA BIE	<u> </u>	<u> </u>	RENITIS/SINUSITIS	<u> </u>	<u> </u>	VIVE ZONA DE RUIDO	<u> </u>	<u> </u>
AUDIOMETRIA PREVIA	<u> </u>	<u> </u>						
TIEMPO EN EL OFICIO:	<u> </u>							

3. OTOSCOPIA

OD: CAE LIBRE DE CERUMEN RESTOS DE CERUMEN OI: CAE LIBRE DE CERUMEN RESTOS DE CERUMEN
Observaciones:

4. EVALUACION AUDIOGRAMA



5. ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	FECHA		EXP	USO EPA	
		INGRESO	EGRESO		SI	NO

6. VALORACION AUDIOMETRICO GATISO

FRECUENCIA	OD	OI	BILATERAL
500			
1000			
2000			
3000			
4000			
6000			
8000			
NORMAL			

7. PTA (PROMEDIO DE TONOS AEREOS)

N:normal L:leve M:moderado S:severo P:profundo

	500 HZ	1000 HZ	2000 HZ	3000 HZ	PROMEDIO	GRADO
OD						
OI						

8. DIAGNOSTICO AUDIOMETRICO

FECHA DE CALIBRACION DEL EQUIPO 11-01-2024

OD: Audicion Normal FRECUENCIAS
OI: Audicion Normal FRECUENCIAS

9. RECOMENDACIONES: CONTROL SEGUN PVE ANUAL SEMESTRAL USO DE EPA SEGUN PVE AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA AUDIOMETRIA CLINICA

VALORACION POR ORL: EXAMENES COMPLEMENTARIOS LIMPIEZA OTICA OD OI REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL NO UTILIZAR EMP 3

Consentimiento informado: Certifico que he sido informado con anterioridad sobre las limitaciones, beneficios, riesgos, y acepto la realización de la audiometria, así mismo autorizo a la entidad y a sus profesionales en salud para el manejo de la información aquí contenida, la cual puede ser usada para seguimiento y análisis o para determinar las características, estadísticas de diagnóstico de condiciones de salud de la población a la que haga parte, dentro del marco de confidencialidad médica. Refiero entender lo escrito en el consentimiento informado de forma voluntaria firmo el presente documento en señal de aceptación.

SEVERIDAD OSHA: NORMAL(0-20 dB), LEVE(25-40 dB), MODERADO(41-60 dB), SEVERO(61-80 dB), PROFUNDO(81 dB)

Dra. ADRIANA Y. CAMPOS
FONOAUDIOLOGA
Corp. W/ Iberoamericana
Tf. 03 00 185

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 43467

Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)

Fecha y Hora: jueves, 30 de enero de 2025 09:32:35 a.m.

Nombres y Apellidos: SANCHEZ ORJUELA DIEGO ALEJANDRO

CC: 14297166

Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 28/11/1985 Edad: 39 AÑOS 2 MESES 2 DÍAS Entidad: DR MIGUEL ANGEL BARRIOS

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

EXAMÉN	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	76	60-110m g/dl

Claudia Patricia Mesa Mejia

Bacteriólogo(a) RP: 10038





VALORACION PSICOLOGIA OCUPACIONAL

ENFASIS PSICOSOCIAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN					TIPO EXAMEN PSICOLOGICO OCUPACIONAL				
30	1	2025	IBAGUE		Ingreso		Egreso		Periódico
DD	MM	AAAA	CIUDAD						
Trabajo en Alturas		Porte de Armas	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA -						
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo documento de identificación: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)									
DIEGO		ALEJANDRO		SANCHEZ		ORJUELA		Doc. identificación	
								14.297.166	
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido		Tipo Número	
CONCEPTO (Marque con una (X) en la casilla que corresponda.									
EXAMEN AREA EMOCIONAL				SATISFACTORIO	X	NO SATISFACTORIO			APLAZADO
IDEACION SUICIDA				NO SE DETECTA	X	SE DETECTA ALTO RIESGO			
ESTADO PSICOSOCIAL				SATISFACTORIO	X	SE DETECTA ALTO RIESGO			APLAZADO
NIVEL DE ANSIEDAD				BAJO	X	MEDIA			ALTA
ACROFOBIA				BAJA	X	MEDIA			ALTA
Observación			SIN ALTERACIÓN PSICOLÓGICA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN CONSCIENTE DE SUS ACTOS Y RESPONSABILIDADES						

Edna B. H.