

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Salud Ocupacional y
Medicina laboral.

CENTRO ESPECIALISTA MEDICINA SALUD OCUPACIONAL S A S
NIT: 900738322-1



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Certificado de aptitud: 1143952879-183724

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	10/11/2025 - CALI	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	DARIEYI URIBE BETANCOURT	Identificación:	1143952879
Género	FEMENINO Edad: 32	Teléfono	3184508656 Móvil: 3162416472
Fecha Nacimiento:	27/01/1993	Cargo:	CONDUCTOR
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección	CALLE 75 # 26- 15 B/ALIRIO MORA	AFP:	PORVENIR S.A.
Escolaridad:	BACHILLERATO	ARL:	NO REPORTA
Empresa	PARTICULAR -	Antigüedad en el Cargo:	0 meses
Dirección			
Actividad Económica:			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO. INDUCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS. COMBINAR TAREAS ESTÁTICAS CON OTRAS DE MOVIMIENTO DINÁMICO. HACER OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA. REALIZAR EL SEGUIMIENTO DEFINIDO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PÚBLICOS.

ANEXO OSTEO muscular

REALIZADO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Recomendaciones: USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS REALIZAR ESTIRAMIENTO DE TODOS LOS GRUPOS MUSCULARES. HIGIENE POSTURAL Y COLUMNA. HABITOS DE ALIMENTACION Y VIDA SALUDABLE

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO	Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción	
NO		

Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.



Johanna Forero Martinez
Médico Especialista en
Medicina Laboral
Reg. 6211770
LIC. 000-13

JOHANNA FORERO MARTINEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

090-2015 -

DARIEYI URIBE BETANCOURT
Firma y cédula del Paciente

1143952879

Nombres DARIERY URIBE BETANCOURT
 Doc CC1143952879
 Sexo M
 F Nacim 1993-01-27
 Fecha 2025-09-04

CENTRO ESPECIALISTA MEDICINA SALUD
 OCUPACIONAL SAS
 CEMSO Santiago de Cali
 900738322-1
 AV 2 NORTE # 24N 71 CALI
 Tel.

Resumen de Resultados Test Psico-Motriz

Parámetro	Rango de Aprobación	Resultado
Atención Concentrada		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 0.690 Seg.	0.496
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.690 Seg.	0.496
Num. Errores	<= 5 Errores	0
Reacciones Múltiples		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.140 Seg.	0.737
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.140 Seg.	0.737
Num. Errores	<= 7 Errores	2
Reacción al Frenado		
Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.750 Seg.	0.424
Coordinación Bimanual - Motricidad Fina		
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 4.830 Seg.	0
Num. Errores	<= 15 Errores	0
Velocidad de Anticipación		
Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.830 Seg.	0.351
Trazabilidad de la Medida		
Laboratorio CC1143952879	Fecha 2025-09-04 09:50:13	Modelo AGX-PT3 Serie # 3045 Firmware 2.0.0.18A Protocolo PT3-04 Barrera BPT-2
Observaciones: La paciente presentó funciones cognitivas normales. No presenta rasgo de personalidad patológica, atención y concentración dentro de los parámetros, no evidencia alteraciones psicológicas, se encuentra ubicado en sus 3 esferas mentales, tiempo, modo y lugar. Obtuvo rangos normales en la ejecución de la prueba, presentó 2 errores en la subprueba de reacciones múltiples, los cuales cumplen con los rangos establecidos de la prueba, las otras subpruebas cumplen con los rangos establecidos de la evaluación. Así, podríamos evidenciar que la paciente como una persona que tiene la capacidad de adaptarse a las exigencias del entorno y de aplicar sus habilidades de conducción, utiliza apropiadamente su motricidad fina para actuar ante los cambios que se presenten, además, aplica apropiadamente su inteligencia práctica y vial, tiene la capacidad de concentrar su atención sobre tareas monótonas y repetitivas que deba de ejecutar, reacciona ante los diferentes estímulos oportunamente y tiene una percepción de velocidad y frenado que le permite acoplarse a los cambios que se perciban en su entorno. Por ese motivo, la paciente es apto y el usuario cumple con los rangos de aprobación según la resolución 0217 del 2014 y la ley 1503:2011 expedida por el ministerio de transporte.		
Servicios Fidenciados:	Status/Certificado:	
PALL - Aptitudes Psico-Motrices (Todos) [3]	Aprobado	



ANTONIO TABORDA SOLIS
PSICOLOGO , TP. 270941

DARIERY URIBE BETANCOURT
Evaluado

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: DARIEYI URIBE BETANCOURT
 Fecha de Nacimiento: 1993-01-27
 Género: F
 Estado civil: SOLTERO
 Estrato: 2
 Dirección: CALI BARRIO ULPIANO LLOREDA
 Acompañante:
 Empresa: PARTICULAR MEDICINA
 Ciudad - Sede: CALI
 TIPO EXAMEN: EXAMENES COMPLEMENTARIOS
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL

Identificación:	CC: 1143952879
Edad:	32
RH:	O+
Escolaridad:	BACHILLER
Ciudad:	CALI
Teléfono:	3162416472
Tel. Acompañante:	
Cargo:	CONDUCTOR
Sede:	CALI VERSALLES
ENFASIS:	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL
CAMPO ADICIONAL 2

CAMPO ADICIONAL 1
CARGO

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1

EMPRESA	INDEPENDIENTE	ANTIGUEDAD	2 AÑOS
CARGO	CONDUCTORA	AREA	
EXPUESTO A RUIDO		USO DE E.P.P.	
TIPO	NO APLICA	OBSERVACIONES	

HISTORIA MANUAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS

OCCUPACIONALES Y PERSONALES

CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE	HIPOAUDIO	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

TINTUS - 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	NO
SERVICIO MILITAR	NO	JUGAR TEJO	NO
POLIGONO	NO	USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO	NO

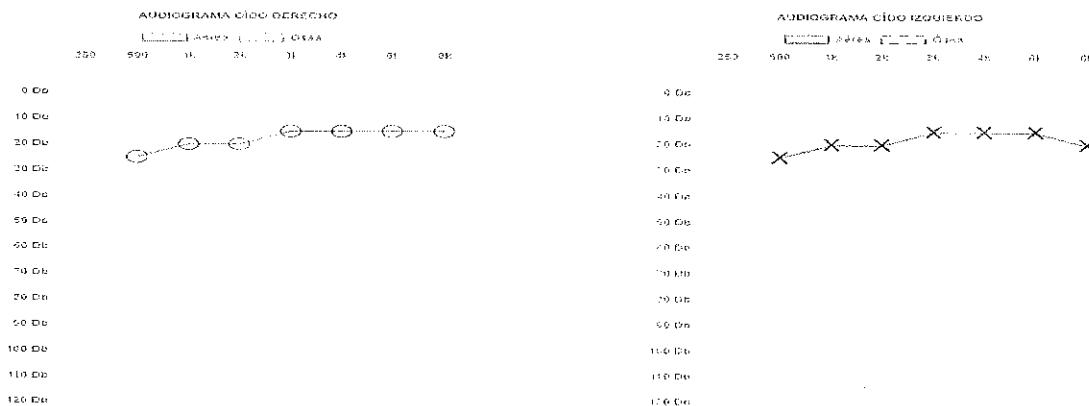
OTROS NO

OTOSCOPIA

OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
PABELLON AURICULAR - OD	PABELLON AURICULAR - OI
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI
MEMBRANA TIMPANICA - OD	MEMBRANA TIMPANICA - OI
TAPON CERUMEN - OD	TAPON CERUMEN - OI
PERFORACION TIMPANICA - OD	PERFORACION TIMPANICA - OI
OD OTRO	OI OTRO
	NORMAL

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

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
PTA OD (500, 1K y 2K)	21.6666666666666668
E.L.I OD	B - BUENO
GATISST OD (500, 1K, 2K y 3K)	20
S.A.L. OD	8
FACTOR DE PRESBIACUSIA	2

LARSEN OI

PTA OI (500, 1K y 2K)

E.L.I OI

GATISO OI (500, 1K, 2K y 3K)

S.A.L. OI

NO APLICA

21.6666666666666668

B - BUENO

20

B

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1
RESULTADO

Z011: Examen de oídos y de la audición
AUDICION NORMAL BILATERALMENTE. LATERALIDAD DX1

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
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 médico 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.



[Firma]

Firma:
Nombre: EIDER FERNANDO OTERO VELASCO
R.M. / TP: 1144070208

Firma:
Nombre: DARIEYI URIBE BETANCOURT
Documento: 1143952879

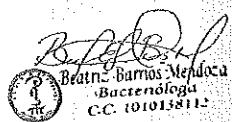
Fecha impresión : 2025-11-12

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	DARIEYI URIBE BETANCOURT	Nro	1143952879
Identificación	CC	Edad	32
Fecha de Nacimiento	1993-01-27	Empresa	PARTICULAR MEDICINA
Sexo	F	Sede	CALI VERSALLES
Fecha cita	2025-11-10 10:20:00		
Dirección	Avenida 5 Norte # 20-40 Barrio Versalles		

PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES)

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ASPECTO DEL SUERO	LIMPIO		
COLESTEROL TOTAL			
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO COLESTEROL TOTAL	139,7	mg/dl	120 - 200
TRIGLICERIDOS			
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO TRIGLICERIDOS	65,8	mg/dl	45 - 200
LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD HDL			
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL	39,03	mg/dl	45 - 65
LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD LDL			
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD LDL	87,51	mg/dl	0 - 130
LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL			
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL	13,16	mg/dl	6 - 34
INDICE ARTERIAL			
TITULO	RESULTADO		
INDICE ARTERIAL	3,58		

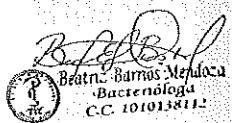


BEATRIZ ELENA BARRIOS MENDOZA
TP.1010138112
BACTERIOLOGA

PRUEBA MULTIDROGAS DOS SUSTANCIAS

PRUEBA MULTIDROGAS DOS SUSTANCIAS

TITULO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
PRUEBA RÁPIDA DE MARIHUANA (THC)	Negativo	-
PRUEBA RÁPIDA DE COCAINA (COC)	Negativo	-



BEATRIZ ELENA BARRIOS MENDOZA
TP.1010138112
BACTERIOLOGA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: DARIEYI URIBE BETANCOURT	Identificación: CC: 1143952879
Fecha de Nacimiento: 1993-01-27	Edad: 32
Género: F	RH: O+
Estado civil: SOLTERO	Escolaridad: BACHILLER
Estrato: 2	Ciudad: CALI
Dirección: CALI BARRIO ULPIANO LLOREDA	Teléfono: 3162416472
Acompañante:	Tel. Acompañante:
Empresa: PARTICULAR MEDICINA	Cargo: CONDUCTOR
Ciudad - Sede: CALI	Sede: CALI VERSALLES
TIPO EXAMEN: EXAMENES COMPLEMENTARIOS	ENFASIS: ENFASIS OSTEO MUSCULAR,
VISSIMETRIA OCUPACIONAL	

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS

RAZON SOCIAL
CAMPO ADICIONAL 2
PROFESION

DATOS EMPRESA

CAMPO ADICIONAL1
CARGO

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO	OBSERVACIONES	NINGUNA
----------------------------	----	---------------	---------

EN LA EMPRESA ACTUAL

ACCIDENTE OCULAR	NO	OTROS	NINGUNA
------------------	----	-------	---------

FORMATO MANUAL

FORMATO MANUAL	NO	OBSERVACIONES	NINGUNA
----------------	----	---------------	---------

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	OBSERVACIONES	NINGUNA
-------------------------	----	---------------	---------

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS	NO	ACCIDENTE OCULAR	NO
DIABETES MELLITUS	NO	GLAUCOMA	NO
QUIRURGICOS	NO	CATARATAS	NO
FARMACOLOGICOS	NO	AMBLIOPIA	NO
PATOLOGICOS	NO	PATOLOGIA OCULAR	NO
RINITIS	NO	DEFECTOS REFRACTIVOS	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	PTERIGIO	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	TRATAMIENTOS ORTOOPTICOS	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	CIRUGIA OCULAR	NO
OTROS	NO	ESTRABISMO	NO
OBSERVACIONES	NINGUNA		

AGUDEZA VISUAL

PRUEBA CON CORRECCION OPTICA	NO	CUAL	UC NO RECUERDA
CERCA LEJOS VIS			

VISION LEJANA

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

VISION PROXIMA

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

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIONES	NORMAL		
---------------	--------	--	--

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 9/9	ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO	40 SEGUNDOS DE ARCO
-------------------------------	--------------	--	---------------------

OBSERVACIONES	NINGUNA		
---------------	---------	--	--

EVOLUCION

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCION VISUAL	NO	USO DE EPV
VALORACION POR OFTALMOLOGIA		VALORACION POR OPTOMETRIA
RECOMENDACIONES GENERALES		

AGUDEZA VISUAL LEJOS Y CERCA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

RECOMENDACIONES-TEXTOS

VALORACION COMPLEMENTARIA	Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rulinarios anuales con su optometra. Se sugiere control anual de optometria de forma rulinaria	TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS
VISSIMETRIA		

IMPRESION DIAGNOSTICA

REFRACTIVO

BUENA AGUDEZA VISUAL	1	OBSERVACIONES
----------------------	---	---------------

BUENA AGUDEZA VISUAL CON
CORRECCION OPTICA ACTUAL
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES
OBSERVACIONES

CONTROLES

MENSUAL
TRIMESTRAL
ANUAL

BIMENSUAL
SEMESTRAL

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 paraclinicas 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 médico sobre aspectos de mi estado de salud.

Firma:
Nombre: PAOLA ANDREA HERRERA MUÑOZ
R.M. / TP: TP.29104798

Firma:
Nombre:
Documento: