

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD 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. INDUCCIÓN 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 OSTEOMUSCULAR

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 mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.



Johanna Forero Martínez
Médica Especialista en
Medicina Trabajo
Registro: 84192410
C.C.O.: 090-15

JOHANNA FORERO MARTINEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

090-2015 -

Darieyi Uribe Betancourt

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		
Documento CC1143952879	Fecha 2025-09-04 09:50:13	Modelo AGX-PT3
Serie # 3045	Plataforma 2.0.0.18A	Parche # PT3-04
Baremo 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 Ordenados:	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: DARIEY 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

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

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL
 CAMPO ADICIONAL 2

DATOS EMPRESA

CAMPO ADICIONAL 1
 CARGO

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1

EMPRESA
 CARGO
 EXPUESTO A RUIDO
 TIPO

INDEPENDIENTE
 CONDUCTORA
 NO APLICA

ANTIGÜEDAD 2 AÑOS
 AREA
 USO DE E.P.P.
 OBSERVACIONES

HISTORIA MANUAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS OCUPACIONALES Y PERSONALES

CIRUGIA DE OIDOS NO REFIERE
 MEDICAMENTOS NO REFIERE
 OTALGIA NO REFIERE
 OTORRAGIA NO REFIERE
 OTOTOXICOS NO REFIERE
 PAROTIDITIS NO REFIERE
 RINITIS NO REFIERE
 SENSACION DE OIDOS TAPADOS NO REFIERE
 TRAUMA CRANEOENCEFALICO NO REFIERE

HIPOACUSIA NO REFIERE
 MENINGITIS NO REFIERE
 OTITIS NO REFIERE
 OTORREA NO REFIERE
 PARALISIS FACIAL NO REFIERE
 PRURITO NO REFIERE
 SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA NO REFIERE
 SINUSITIS NO REFIERE
 TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES) NO REFIERE

TINITUS - ACUFENOS NO REFIERE
 OTROS NO REFIERE

VERTIGO NO REFIERE
 VIBRACION CONTINUA NO

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

USO DE AUDIFONOS PERSONALES NO
 INSTRUMENTOS MUSICALES NO
 SERVICIO MILITAR NO
 POLIGONO NO
 OTROS NO

DISCOTECA (CADA 8 DIAS) NO
 MOTOCICLISMO NO
 JUGAR TEJO NO
 USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO NO

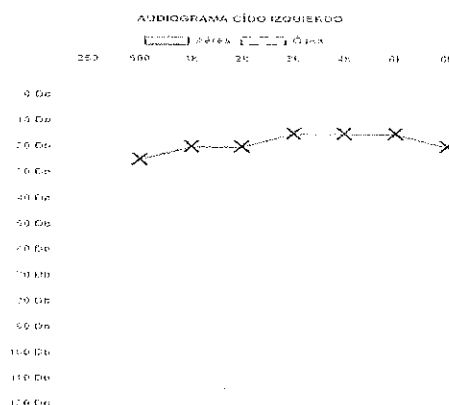
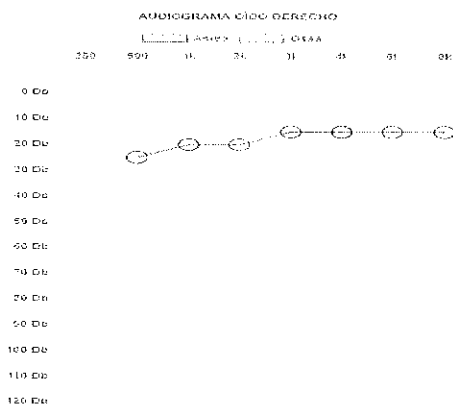
OTOSCOPIA

OIDO DERECHO
 PABELLON AURICULAR - OD NORMAL
 CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD NORMAL
 MEMBRANA TIMPANICA - OD NORMAL
 TAPON CERUMEN - OD NO
 PERFORACION TIMPANICA - OD NO
 OD OTRO NORMAL

OIDO IZQUIERDO
 PABELLON AURICULAR - OI NORMAL
 CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI NORMAL
 MEMBRANA TIMPANICA - OI NORMAL
 TAPON CERUMEN - OI NO
 PERFORACION TIMPANICA - OI NO
 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
 PTA OD (500, 1K y 2K)
 E.L.I OD
 GATISST OD (500, 1K, 2K y 3K)
 S.A.L. OD
 FACTOR DE PRESBIACUSIA

NO APLICA
 21.666666666666668
 B - BUENO
 20
 B
 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
 21.666666666666668
 B - BUENO
 20
 B

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1
 RESULTADO

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

TIPO DIAGNOSTICO 1
 LATERALIDAD DX1

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
 BILATERAL

RECOMENDACIONES

VALORACION COMPLEMENTARIA

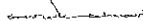
Su capacidad auditiva es adecuada

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 medico 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.


 FONOAUDIOLOGIA
 EIDER FERNANDO OTERO VELASCO
 CC. 1144070208



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

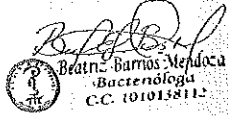
Firma:
 Nombre: DARIEYI URIBE BETANCOURT
 Documento: 1143952879

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		
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		

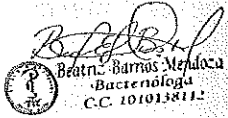

Beatriz Elena Barrios Mendoza
Bacterióloga
C.C. 1010138112

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
Bacterióloga
C.C. 1010138112

BEATRIZ ELENA BARRIOS MENDOZA
TP.1010138112
BACTERIOLOGA

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

Identificación: CC: 1143952879
 Edad: 32
 RH: O +
 Escolaridad: BACHILLER
 Ciudad: CALI
 Teléfono: 3182416472
 Tel. Acompañante:
 Cargo: CONDUCTOR
 Sede: CALI VERSALLES
 ENFASIS: ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

VISIONOMETRIA OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

ENFASIS

TIPO EXAMEN

RAZON SOCIAL
 CAMPO ADICIONAL 2
 PROFESION

DATOS EMPRESA

CAMPO ADICIONAL1
 CARGO

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES NO

OBSERVACIONES

NINGUNA

ACCIDENTE OCULAR NO

EN LA EMPRESA ACTUAL

OTROS

NINGUNA

FORMATO MANUAL NO

FORMATO MANUAL

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES NO

OBSERVACIONES

NINGUNA

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS NO
 DIABETES MELLITUS NO
 QUIRURGICOS NO
 FARMACOLOGICOS NO
 PATOLOGICOS NO
 RINITIS NO
 TRAUMA CRANEO ENCEFALICO NO
 HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA NO
 ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR NO
 OTROS NO
 OBSERVACIONES NINGUNA

ACCIDENTE OCULAR NO
 GLAUCOMA NO
 CATARATAS NO
 AMBLIOPIA NO
 PATOLOGIA OCULAR NO
 DEFECTOS REFRACTIVOS NO
 PTERIGIO NO
 TRATAMIENTOS ORTOPTICOS NO
 CIRUGIA OCULAR NO
 ESTRABISMO NO

AGUDEZA VISUAL

PRUEBA CON CORRECCION OPTICA CERCA LEJOS VIS NO

CUAL

UC NO RECUERDA

VISION LEJANA

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

CON CORRECCION OD
 CON CORRECCION OI
 CON CORRECCION AO

VISION PROXIMA

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

CON CORRECCION OD
 CON CORRECCION OI
 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

EVOLUCION

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCION VISUAL NO
 VALORACION POR OFTALMOLOGIA
 RECOMENDACIONES GENERALES

USO DE EPV
 VALORACION POR OPTOMETRIA

AGUDEZA VISUAL LEJOS Y CERCA
 DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES.

RECOMENDACIONES-TEXTOS

VALORACION COMPLEMENTARIA
 VISIONOMETRIA

Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra. Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria

TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS

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

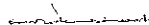
BIMENSUAL
SEMESTRAL

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 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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



Firma:

Nombre: PAOLA ANDREA HERRERA MUÑOZ

R.M. / TP: TP.29104798

Firma:

Nombre: _____

Documento: _____