CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0
Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
Cel: 3174366516 - Tel: (602) 8206860
Email: ips@comfacauca.com

FACTURA DE VENTA

Nº PSO - 2261

16 | 1 | 2020

AUTORIZACIÓN DIAN No. 18763002310315, FECHA: 03/12/2019 NUMERACIÓN AUTORIZADO CON PREFIJO PSO DEL 1 AL 50000 Vigencia por 18 meses Régimen COMÚN

CC: 8756845 **Cliente:** ALVAREZ ALVAREZ ORLANDO JESUS **Teléfono:** 3041076743

Dirección: CLL 55N 13-59 INT 30 **Ciudad:** POPAYAN

Acuerdo Comercial: PARTICULARES

Cant	Descripción	Vr Unitario	Vr Total
	VALORACION POR OPTOMETRÍA - Dr. Mariany	24,000	24,000
	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR *	39,000	39,000
	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	3,400	3,400
	PERFIL LIPIDICO	21,400	21,400
	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA - Dra. Catherine	55,000	55,000
	HEMOGRAMA III	14,000	14,000

PAGADA

Sub Total	156,800.00
Vr. IVA	0.00
Vr. Pagado	156.800,00
Vr. Saldo	0,00
Vr. Total	156,800.00

Observaciones:

Valor en Letras: CIENTO CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA CORRI

Firma Autorizada

1-Esta factura de venta presenta merito ejecutivo de acuerdo a la ley 1231 de 2008. Vencida esta Factura causará interes por mora a la tasa máxima legal permitida.

2- De acuerdo al articulo 30 de la ley 1231 de 2008 la presente factura deberá ser pagada dentro de los 30 días calendario siguientes a la emisión.

Aceptada

Fecha

D	M	A	Recibi CC y sello

* Dr. Hamilton. Argote
cons. 205
3:00 PM

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0
Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
Cel: 3174366516 - Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.502

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2020 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	PARTICULARES
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)

ALVAREZ ALVAREZ ORLANDO JESUS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	59 AÑOS 7 MESES 17 DÍAS	CC	8756845
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR SENA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *PUEDE LABORAR EN SU CARGO*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES	TEMPORAL	PUEDE LABORAR EN SU CARGO

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VALORACION POR OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	HEMOGRAMA III	✓
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	SVE CARDIOVASCULAR	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN : EN SST	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

DEBE BAJAR PESO, MEJORAR HÁBITOS: DIETA Y EJERCICIO REGULAR.
IGIENE POSTURAL DURANTE Y FUERA DEL LUGAR DE TRABAJO ,REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROGRAMA DE LA EMPRESA.
MANEJO DEL ESTRÉS

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

HAMILTON ARGOTE BOLAÑOS
Médico Cirujano Unicauca
Registro Médico 4025 92
Especialista en Salud Ocupacional - LSO 10330-12-2015

Firma:

Nombre: ARGOTE BOLAÑOS HAMILTON

R. M.: 4025/29 **L.S.O.:** 10330-12-2015

Código de Seguridad
V670B1H3502

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ALVAREZ ALVAREZ ORLANDO JESUS

CC: 8756845

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0
Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
Cel: 3174366516 - Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com

ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) 16/01/2020 - 03:40 P. M.
Tipo Evaluacion Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
Empresa: PARTICULARES **Cargo:** INSTRUCTOR SENA
Nombres y Apellidos: ALVAREZ ALVAREZ ORLANDO JESUS **:CC** 8756845 **de** POPAYÁN **Fecha de Nacimiento:** 30/05/1960 12:00
Edad: 59 AÑOS 7 M **Lugar de Nacimiento:** **Dir. Residencia:** CLL 55N 13-59 INT 30
Estudios: POSTGRADO **Estado Civil:** CASADO(A) **E.P.S:** NO REFIERE **A.F.P:** NO REFIERE **A.R.L:** NO REFIERE

ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo

POSTURA ESTÁTICA

ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

ARCOS DE MOVILIDAD

CODO EXTENSIÓN 180°	NORMAL
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL

MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

EXTREMIDADES SUPERIORES	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL	
CIFOSIS DORSAL	NO
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	
PRUEBA DE SCHOBER	CMS
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	NO
ROTOESCOLIOSIS	NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES

EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL

MÉDICO

HAMILTON ARGOTE BOLAÑOS
Médico Cirujano Unicauca
Registro Médico 4025 92
Especialista en Salud Ocupacional LSO.10330-12-2015

Firma:

Nombre: ARGOTE BOLAÑOS HAMILTON

R. M.: 4025/29 **L.S.O.:** 10330-12-2015

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: ALVAREZ ALVAREZ ORLANDO JESUS

CC 8756845

LABORATORIO
CLINICO RENTERIA
CARRERA 8 # 2-44
EDIFICIO HORMAZA
POPAYAN - CAUCA

8

2020/01/16 06:55:24

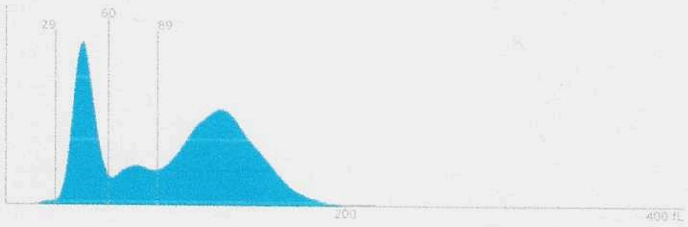
Tipo: Human / Closed / Humano

NOMBRE : **ORLANDO JESUS ALVAREZ ALVAREZ**

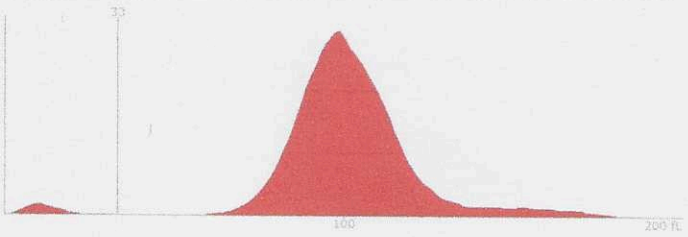
CC/TI/RC : **8756845**

COMENTARIO : **Comfacauca IPS**

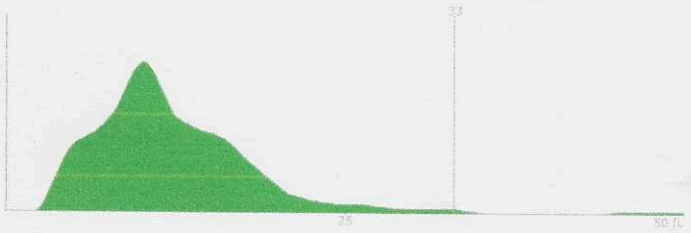
LEUC	6.4	$10^3/\mu L$	[3.5 - 10.0]
LIMFO	2.0	$10^3/\mu L$	[1.1 - 3.6]
MID	0.7	$10^3/\mu L$	[0.2 - 1.2]
GRA	3.6	$10^3/\mu L$	[1.9 - 7.9]
LIMFO%	32.0	%	[14.1 - 52.8]
MID%	11.3	%	[3.2 - 17.7]
GRA%	56.7	%	[39.6 - 78.4]



HEM	4.93	$10^6/\mu L$	[3.80 - 5.80]
HGB	15.6	g/dL	[11.0 - 16.5]
VCM	95.8	fL	[78.0 - 96.0]
HCT	47.2	%	[35.0 - 50.0]
HCM	31.50	pg	[26.40 - 33.20]
HCMC	32.9	g/dL	[31.8 - 36.7]
RDWsd	39.0	fL	
RDWcv	11.9	%	[11.3 - 14.7]



PLT	174	$10^3/\mu L$	[150 - 440]
VPM	8.7	fL	[6.1 - 9.1]
PCT	0.15	%	
PDWcv	49.2	%	
PDWsd	10.7	fL	
PLC-R	41	%	
PLC-C	71	$10^3/\mu L$	



Ana Rosa P. de Rentería
Bacteriologa - Especializada
Universidad Nacional
Reg. No. 011

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacterióloga

Nombre	:	**ORLANDO JESUS ALVAREZ ALVAREZ**
Identificación	:	8756845
Edad	:	
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Enero 16/2020
Fecha informe de muestra	:	Enero 16/2020

EXAMENES SOLICITADOS		RESULTADO		V. REFERENCIA
Glicemia Basal	:	82	mg/dl	50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMEMNTE DEL MEDICO.

Ana Rosa P. de Rentería
Bacterióloga Especializada
Universidad Nacional
Reg. No. 011

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacterióloga

Nombre	:	**ORLANDO JESUS ALVAREZ ALVAREZ**
Identificación	:	8756845
Edad	:	
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Enero 16/2020
Fecha informe de muestra	:	Enero 16/2020

PERFIL DE LIPIDOS

COLESTEROL TOTAL: 228 mg/dl
Valor ideal : menor de 200

COLESTEROL HDL: 42.9 mg/dl
Hombres y mujeres postmenopáusicas: Mayor de 35
Mujeres premenopáusicas: Mayor de 45

COLESTEROL LDL: 147.7 mg/dl
Valor ideal: hasta 100

V. L. D. L.: 37.4 mg/dl
Referencia: 20 a 30

TRIGLICERIDOS: 187 mg/dl
Valor ideal: menor de 200

INDICE ARTERIAL: 5.31
Normal hombres: 3.8 a 5.9
Normal mujeres: 3.1 a 4.6

RELACION C-LDL/C-HDL: 3.44
Riesgo alto: > 5
Riesgo medio: 3 - 5
Riesgo bajo: < 3

INTERPRETACION EXCLUSIVAMEMNTE DEL MEDICO.

Ana Rosa P. de Rentería
Bacterióloga - Especializada
Universidad Nacional
Reg. No. 011

Reporte Psicomotriz

Nombres **ORLANDO JESUS ALVAREZ ALVAREZ**
Doc CC8756845
Orden 285985 - COMFACAUCA Popayan
Fecha 16/01/2020
Ocupación INSTRUCTOR SENA

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCAS
IPS
COMFACAUCA Popayan
891500182-0
Cll 2 # 10-00 Popayan
Tel.8206860

Resumen de Resultados Test Psico-Motríz

Parámetro	Rango de Aprobación	Resultado
Atención Concentrada		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 0.690 Seg.	1.154
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.690 Seg.	1.028
Num. Errores	<= 5 Errores	26
Reacciones Múltiples		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.140 Seg.	1.301
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.140 Seg.	1.301
Num. Errores	<= 7 Errores	0
Reacción al Frenado		
Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.750 Seg.	0.461
Coordinación Bimanual - Motricidad Fina		
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 4.830 Seg.	8.592
Num. Errores	<= 15 Errores	16
Velocidad de Anticipación		
Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.830 Seg.	0.294

Trazabilidad de la Medida

Documento	Fecha	Modelo	Serie #	Firmware	Prueba #	Form#
CC8756845	2020-01-16 10:32:00	AGX-PT3	3046	1.0.0.15	418	PT3-03

Servicios Ordenados:	Status/Certificado
PALL - Aptitudes Psico-Motrices (Todos)	No Aprobado

deisy adela giraldo andrade
psicologa , TP. 152164

ORLANDO JESUS ALVAREZ ALVAREZ
Evaluado

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra

Ficha de Evaluacion Ocupacional

comfacauca IPS

Fecha: 16-ene.-20 Nombre: Orlando Jesús Alvarez ID: 8756845 Edad: 59 ☑ Sexo Tel: 3041076743

Entidad: SENA Area de Trabajo: Cargo: INSTRUCTOR

Antecedentes ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ Tto Qx ☐ Trauma Ocular ☐ LASIK ☑ Gafa ☐ VL ☑ VP

Tipo de gafa que usa: Monofocal último control : Más de 1 año

Sintomatología

☐ Cefalea ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Ojo Rojo ☐ Escosor ☐ Baja Av Vl ☐ Baja AV Vp ☐ Dolor Ocular

☐ Astenopía ☐ Secreción ☐ Fosfenos ☐ Fotofobia ☐ Salto de renglones ☐ Confusión de letras o Renglones

Riesgos Ocupacionales ☐ Humo ☐ Radiación Infra Roja ☐ Radiación Ultra Violeta ☐ Iluminacion Baja ☐ Iluminacion Alta

☐ Polvo ☐ Disolventes ☐ Vapores ☐ Liquidos ☐ Riesgos Ergonomicos ☐ Monitores Nivel de estress:

☐ Esquirlas ☐ Aire Acondicionado Tiempo de Exposicion dia: Tiempo de exposicion acumulado:

Agudeza Visual Habitual en Visión Lejana

☑ AV VL CC Av OD: 20/40 AV OI: 20/40 AV A.O : 20/50 Stereopsis: Normal

Visión del Color: Normal Visión Binocular Foria VL: Orto

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☑ AVVPCC A.V OD: 1.0 A.V OI: 1.0 A.V AO: 1.0 Stereopsis: 60 Seg VB Foria VP:

Rx OD: +0,75 20/20 Rx OI: +1.50-0,75*100 Av OI: 20/20 Add OD: 2.50 Av: 0.50M

Visión del Contraste OD: Normal Visión del Contraste OI: Normal Add OI: 2.50 AV: 0.50M

Gafa Recomendada: Multofocal

Presión Intra Ocular:

PIO OD: OK PIO OI: OK Papila OD: Normal Papila OI: Normal

Dx Refractivo: Astigmatismo, Presbi Dx Vision Binocular: Dx Patologia:

Evaluado Por: Africany ☐ Remitido a Optometría ☐ Remitido a Oftalmologia

Notas: Usa Odi +0,50 Add 2,00- Se recom einda el uso de la gafa

