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: 3174378962 - Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 43.951

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	07 MES	2021 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	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)

CAMPO TROCHEZ BIBIANA DEL CARMEN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	58 AÑOS 2 MESES 6 DÍAS	CC	34540871
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRATIVO EN EMPRESAS AGROPECUARIAS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES*

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : SEGUIMIENTO MEDICO EN SU EPS , PROGRAMA DE RCV , SEGUIR MANEJO MEDICO ESTABLECIDO	USO DE EPP : USO DE TAPABOCAS PERMANENTE	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO : BAJAR 18 KG
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR NUTRICION	CAPACITACIÓN : EN SST	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TENIENDO EN CUENTA LA SITUACIÓN ACTUAL POR LA PANDEMIA DE COVID 19 LA VALORACIÓN MEDICO LABORAL SE REALIZA UTILIZANDO EPP SEGUN LA NORMA, IGUALMENTE SE SOLICITA EL USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS CON ALCOHOL GLICERINADO AL PACIENTE ATENDIDO **

CARGO : PROFESIONAL EN ADMINISTRACION AGROPECUARIA EN LA GOBERNACION DE CAUCA

PACIENTE AL MOMENTO APTO PARA EL CARGO ASIGNADO, SIN PATOLOGÍA DETECTABLE QUE ALTERE SU DESEMPEÑO , SE MDETECTA AL MOMENTO * SE DETECTA ANTECEDENTE DE DEF3ECTO REFRACTIVO CORREGIDO CON GAFAS , SE DEBE SEGUIR CONTROL EN SU EPS POR OPTOMETRIA - ORIGEN CPOMUN
* TIENE ANTECEDENTE DE HTA Y DISLIPIDEMIA LAS CUALES ESTAN BIEN CONTROLADAS Y SE DEBE SEGIUIR MANEJO MEDICO Y CONTROLES ESTABLESIDOS EN SU EPS , SON DE ORIGEN COMUN
* NO SE DETECTA RESTRICCIONES PARA SU CARGO
YA TIENE 2 DOSIS DE VACUNA PFIZER ULTIMA DOSIS 17 DE JULIO 21
NIEGA ACCIDENTES O ENFERMEDAD DE PRESUNTO ORIGEN LABORAL

SE DETECTA AFECCIONES CONTEMPLADAS EN LA CIRCULAR 30 DE 2020 NUMERAL 4 . COMO HTA , LA CUAL ESTA CONTROLADA ADECUADAMENTE , Y CON VACUNAS PARA COVID 18 VIGENTES , POR ESTE MOTIVO SE PUEDE TRABAJAR PRESENCIALMENETE SI LO REQUIERE

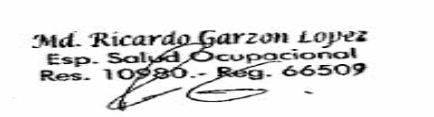
NIEGA SINTOMAS QUE SUGIERAN ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA , SE DEBE HACER USO PERMANENTE DE TAPABOCAS QUE CUBRA NARIZ Y BOCA Y HACER LAVADO DE MANOS CONTINUAMENTE . GUARDAR DISTANCIA DE 2 METRO DURANTE SU TRABAJO , USO DE MONOGAFAS O CARETA . NO MANIPULAR MUCOSAS DE OJOS NARIZ O BOCA . EN CASO DE ALGUN SINTOMA AUTOAISLAMIENTO Y REPORTAR SINTOMAS A INSTITUTO DE SALUD Y /O EPS Y A LA EMPRESA
EN CASO DE CONTACTO ESTRECHO CON CASO CONFIRMADO O SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD PANDEMICA INFORMAR OPORTUNAMENTE

RECOMENDACIONES PARA TRABAJADOR SE DEBE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ANTES Y DURANTE EL TRABAJO , EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y CUIDADO DE COLUMNA, SE DEBE UTILIZAR EPP SIEMPRE QUESEA NECESARIO , SE EDUCA EN HÁBITOS SALUDABLES , DEBE HACER DEPORTE 4 VECES POR SEMANA , Y TENER UNA DIETA SALUDABLE RICA EN FRUTA VERDURAS BAJA EN GRASA Y AZUCARES.

PARA LA EMPRESA, PROPICIAR UN BUEN AMBIENTE LABORAL , VIGILAR Y EDUCAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITAR SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES , EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DE ESTAS DEBE INFORMAR DE MANERA OPORTUNA A SU ARL , CAPACITAR EN TELETRABAJO EN CASO DE REQUERIRLO // LA EMPRESE DEBE SEGUIR LAS MEDIDA DADAS EN LA RESOLUCION 777 DE 2021 PARA LA REACTIVACION ECONOMICA , SE DEBE ASEGURAR LOS EPP SEGUN LA NORMA TENER EN CUENTA RESOLUCION 1155 DE 2020

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



Firma:

Nombre: GARZON LOPEZ RICARDO

R. M.: 66509 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
L670R1X43951

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CAMPO TROCHEZ BIBIANA DEL CARMEN

CC: 34540871

CERTIFICADO DE VISIOMETRIA

INFORMACIÓN GENERAL DEL USUARIO

Fecha Evaluación: 24/03/2023
Entidad de Referencia: SENA
Documento: 34.540.871
Nombres y Apellidos: BIBIANA DEL CARMEN CAMPO TROCHEZ
Teléfono: 3148636685
Dirección: CALLE 51N # 11-170 CASA 42
Fecha Nacimiento: 16/05//1963
Edad: 59

VISIOMETRIA

	Resultados Obtenidos	
01 - Agudeza del ojo derecho lejana	20/25	
02 - Agudeza del ojo izquierdo lejana	20/30	
03 - Agudeza Binocular lejana día	20/25	
04 - Agudeza Binocular lejana noche	20/25	
05 – Visión de color (Rojo/Verde)	3 CORRECTOS	
06 – Visión de colores (Azul/violeta)	3 CORRECTOS	
07 – Visión periférica Lejana Día	DERECHA 70 - IZQUIERDA 70	
08 – Periférica vertical	NORMAL	
09 – Phoria Cercana Día	LATERAL 3 VERTICAL 3	
10 – Estereopsis	40 %	
11 – Sensibilidad al Contraste	10 %	
12 – Recuperación al Encandilamiento	NORMAL	
13 – Agudeza del ojo derecho cercana día	20/25	
14 – Agudeza del ojo Izquierdo cercana noche	20/30	
15 – Agudeza Binocular	20/25	
AFAQUIA	NO REFIERE	
PSEUDOAFAQUIA	NO REFIERE	
MOTILIDAD PALPEBRAL	NO REFIERE	
DETERIORO PROGRESIVO DE LA CAPACIDAD VISUAL	NO REFIERE	
MOTILIDAD OCULAR (NISTAGMUS)	NO REFIERE	
OFTALMOSCOPIA	NORMAL	
CIRUGIA REFRACTIVA	NO REFIERE	

Estado: APROBADO CON USO OCASIONAL DE ANTEOJO

Observaciones:
CONTROL 1 AÑO

Rx OD HIPERMETROPÍA H120
OI ASTIGMATISMO H122
VPROXIMA PRESBICIE H124.

OPTOMETRA
Registro 0273
U. de la Salle - U. Javeriana
DIEGO MAURICIO MARTINEZ LEAL
Optometra
RM: 0273

Huella Optometra

Firma del usuario

AUDIOMETRIA TONAL TAMIZ

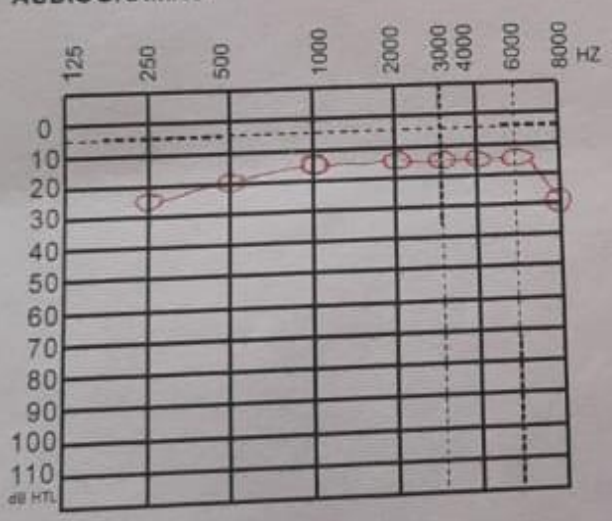
PASE SEGURO
Centro de Reconocimiento de Conductores

INFORMACIÓN GENERAL

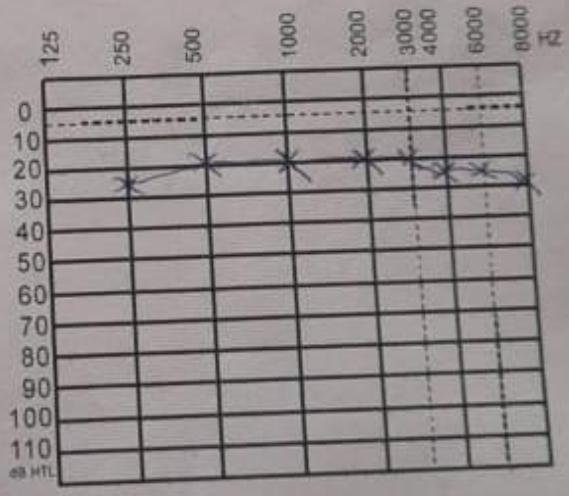
Fecha Evaluación:	24/03/2023
Entidad de referencia:	SENA
Documento:	34.540.871
Nombres y Apellidos:	BIBIANA DEL CARMEN CAMPO TROCHEZ
Teléfono:	3148636685
Dirección:	CALLE 51N # 11-170 CASA 42
Fecha Nacimiento:	16/05//1963
Edad:	59

MOTIVO DE CONSULTA Ingreso Laboral

AUDIOGRAMAS



OIDO DERECHO



OIDO IZQUIERDO

Equipo AMPLIBOX 116 serie 24260 calibrado hasta el 18 de septiembre de **2023**

ANTECEDENTES OTOLOGICOS: SIN ANTECEDENTES DE CONSIDERACION CLINICA

RESULTADOS DE OTOSCOPIA: SIN OBSTRUCCION MECANICA NI EVIDENCIA DE INFECCION O ALTERACION DE M.T

COMENTARIO DE RESULTADOS: Control Auditivo Ancal

Impresión Diagnostica y Recomendaciones:

Audición Periférica Normal bilateral con leve caida de frecuencias agudas.

Huella Fonoaudiólogo

Firma de