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° 115.614

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2024 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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	PARTICULARES

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SANCHEZ ALVEAR IVAN DARIO	MASCULINO	43 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	87248424 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *SIN ALTERACION*

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:

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
PAQUETE OPTOMETRICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE, SON PROGRESIVAS EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : ANUAL DE OPTOMETRA VALORACIÓN POR EPS : CONTROLES DE PREVENTIVOS O SEGUN SINTOMAS OM - CONTROL DE PESO	USO DE EPP : ACORDES A TAREAS PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EDUCAR EN CUIDADOS CAPACITACIÓN : PROMOVER EDUCACIÓN CONTÍNUA EN SST EMPRESARIAL, AUTOCUIDADO INTEGRAL Y HÁBITOS DE VIDA Y DE TRABAJO SALUDABLES, PROPICIAR UN AMBIENTE DE TRABAJO SEGURO Y DE SANA CONVIVENCIA, EDUCAR EN USO DE EPP/EPI REQUERIDOS, PREVENCIÓN DE EVENTOS AL/EL Y REPORTE OPORTUNO DE DICHOS EVENTOS.	HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO : SEGUIR CUIDADOS Y CONTROL PREVENTIVO POR EPS ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : HACER AL MENOS 3 DIAS X SEMANA, NADA DE IMPACTO DIETA BALANCEADA : EVITAR SOBREPESO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

AUDIOMETRIA ES NORMAL BILATERAL - OPTOMETRA DEJA GAFAS X DEFECTO VISUAL MIXTO, USO PERMANENTE
SE ATIENDE A TRABAJADOR CON PROTECCIÓN SEGÚN BIOSEGURIDAD CON TAPABOCAS, BATA ANTIFLUIDO, USO DE GEL DESINFECTANTE Y ALCOHOL PARA MANOS Y SUPERFICIES.

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

Angela M. Quintero B.
Md. Especialista SM. 19...
Salud Ocupacional Dec...

Firma:

Nombre: QUINTERO BOLAÑOS ANGELA MARIA

R. M.: 19737/98 L.S.O.: 00364/

Código de Seguridad
B670H1N115614

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SANCHEZ ALVEAR IVAN DARIO

CC: 87248424

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

ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) 15/01/2024 - 11:03 A. M.
Tipo Evaluacion Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
Empresa: PARTICULARES **Cargo:** INSTRUCTOR
Nombres y Apellidos: SANCHEZ ALVEAR IVAN DARIO **:CC** 87248424 **de** POPAYÁN **Fecha de Nacimiento:** 08/08/1980 12:00
Edad: 43 AÑOS 5 M **Lugar de Nacimiento:** LA CRUZ (NARIÑO, COLOMBIA) **Dir. Residencia:** CR 9 50 N 148
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
SENA	INSTRUCTOR GASTRONOMIA	MENOR DE 12 KG	DE PIE	SI	11 AÑOS

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?	NO ALTERADO
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

HOY EL EXMN O.M. ES NORMAL, SIN ALTERACIÓN FUNCIONAL NI ESTRUCTURAL - NO HAY ALTERACION FUNCIONAL EN TRONCO

MÉDICO

Angela M. Quintero B.
Md. Especialista SM. Ltda.
Salud Ocupacional

Firma:

Nombre: QUINTERO BOLAÑOS ANGELA MARIA

R. M.: 19737/98 **L.S.O.:** 00364/

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: SANCHEZ ALVEAR IVAN DARIO

CC 87248424

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

AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 34278

Fecha: 15/01/2024 Ciudad: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Eps:
CC: 87248424 Nombre: SANCHEZ ALVEAR IVAN DARIO Edad: 43 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 08/08/1980 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	SEPTOPLASTIA: HACE 20 AÑOS.	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

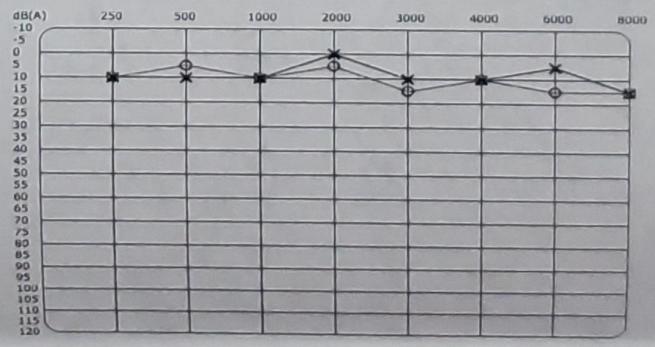
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	USO OCASIONAL.
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 116 F. Ultima Calibración: 2023-03-15

○ : Via aérea del OD × : Via aérea del OI
< : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	10	5	10	5	15	10	15	15
VAOI	10	10	10	0	10	10	5	15

PTA Oído Derecho	PTA Oído Izquierdo
8.75	7.50

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	NO APLICA	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

SE REALIZA VALORACIÓN CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP). SE OBTIENE IDX: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL. SE DAN PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO.

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: GARCIA RIVERA SANDRA PATRICIA
R. M.: 655365 L.S.O.:

Código de Seguridad
N670T2Z34278

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: SANCHEZ ALVEAR IVAN DARIO
CC 87248424

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

Ficha de Evaluacion Ocupacional

comfacauca IPS

Fecha: 15-ene.-24 Nombre: Ivan Dario San chez Alvear ID: 87248424, Edad: 43 ☑ Sexo Tel: 3103214307

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: 20/50 AV A.O : 20/40 Stereopsis: Normal

Visión del Color: Normal Visión Binocular Foria VL:

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☐ AVVPCC A.V OD: 1.25M A.V OI: 1.0 A.V AO: 1.0 Stereopsis: 60 Seg VB Foria VP:

*Rx OD: N-1,75*90* *20/20* *Rx OI: N-1.75*95* Av OI: 20/20 Add OD: 0,75 Av: 0.50M

Visión del Contraste OD: Normal Visión del Contraste OI: Normal Add OI: 0,75 AV: 0.50M

Gafa Recomendada: Multifocal

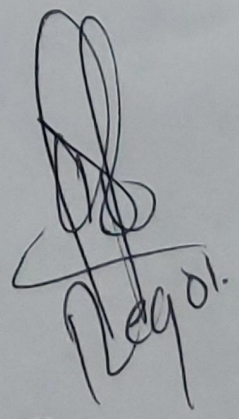
Presión Intra Ocular:

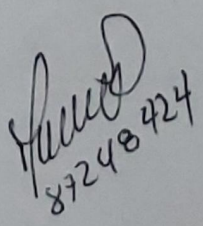
PIO OD: 13 PIO OI: 13 Papila OD: Normal Papila OI: Normal

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

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

Notas: Se recomienda el uso de la gafa





Laboratorio Lorena Vejarano SAS
NIT: 900435146-9
SEDE PRINCIPAL CRA. 5A Nº 10N-09 POPAYAN
Desde tu celular: 6028353815
WWW.LORENAVEJARANO.COM

ISO 15189 - 2012
18-LCL-002

07023573

Nombre : IVAN DARIO SANCHEZ ALVEAR
Documento : 87248424
Doctor : NA
Empresa : GRUPO CRECER UNIDOS S.A. (PROTEGEMOS)
Dirección : KRA 9 NUMERO 50N 148 MORINDA
Telefono : 3103214307

Referencia : 07023573
Edad/Sexo : 43 / M
Fecha de Ingreso : 2024-01-15 07:07:08
Fecha de Toma : 2024-01-15 07:07:08
Fecha Impresión : 2024-01-15 15:31:12.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA

INMUNOQUIMICA

GLICEMIA

Resultado:	**84**	mg/dl	Recien nacidos: 30 - 60 mg/dl Recien nacidos 1 dia: 40 - 60 mg/dl Recien nacidos >1 dia: 50 - 80 mg/dl Niños: 60-100 mg/dl Adultos: 70-105 mg/dl > de 60 años: 80-115 mg/dl > de 70 años: 83-110 mg/dl

Técnica : Colorimétrica

Fecha/Hora Validación: 15/01/2024 2:19:30 p. m.
Tipo de Muestra: Suero

VIVIANA ANDREA IACOME MORILLO
BACTERIÓLOGA T.P: 07086

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Para verificar este documento, escanee el código QR o ingrese a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: MDcwMjM1NzM=

URL : https://bit.ly/45LoVMY