



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfaca
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@comfaca.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 89.284

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18	01	2023	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				PARTICULARES			
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)							
BURGOS IBARRA GUILLERMO ALEXANDER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	45 AÑOS 10 MESES 15 DÍAS	CC	76326227
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
INSTRUCTOR SENA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: PUEDE DESEMPEÑARSE EN EL CARGO. NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO. TIENE RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS. A CUMPLIR.							
N/A NO SE EVALUARON 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 : SE HACE PARTICULAR ENFASIS EN: LA APLICACION ESTRUCTURA DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESPECIFICAMENTE EN LO RELACIONADO CON LA PREVENCIÓN DEL COVID -19 TANTO DENTRO COMO FUERA DE SU JORNADA LABORAL.		USO DE EPP : SE LE RECOMIENDA DE MANERA ESPECIAL EL USO DE LOS E.P.P. LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS , POSTURAS ERGONOMICAS Y ADECUADO MANEJO DE CARGAS. EVITAR ACTOS INSEGUROS QUE PUEDAN CAUSAR UN ACCIDENTE LABORAL.			HABITOS SALUDABLES : DIETA SANA, PRACTICAR ALGUN DEPORTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL EJERCICIO, LA RECREACION Y EL SUEÑO. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS.		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CONTROL POR OPTOMETRIA		SVE VISUAL			CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION MEDICO NUTRICIONAL EN SU EPS PARA EVALUACION Y MANEJO INTEGRAL DE SU CONDICION DE PESO ACTUAL.		SVE CARDIOVASCULAR			HACER DEPORTE		
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
		SVE OSTEOMUSCULAR					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRABAJADOR EVALUADO PARA EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO, EVIDENCIANDOSE BUEN ASPECTO GENERAL. PRESENTA CONDICIONES CLINICAS DE ORIGEN COMUN NO ASOCIADA A RESTRICCIONES LABORALES PREVIAS . NO INDICIOS NI PATOLOGIA DE ORIGEN LABORAL. NIEGA COVID 19 NI SINTOMAS SUGESTIVOS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. VACUNA COVID-19: SI 2 DOSIS							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfaca
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@comfaca.com

AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 23642

Fecha: 15/12/2022 Ciudad: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)

Tipo Examen: FONOAUDIOLOGIA

Eps:

CC: 76326227

Nombre: BURGOS IBARRA GUILLERMO ALEXANDER

Edad: 45 AÑOS 9 MESES 11 DÍAS Genero: MASCULINO

Fecha Nacimiento: 04/03/1977

Empresa: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SE

Ocupacion: INSTRUCTOR SENA

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	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	OCASIONAL
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	SI
MOTO	20 AÑOS	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	SI		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas):

Realizó re test: NO

Uso Cabina Sonoamortiguada: SI

Marca y Referencia audiómetro utilizado: MAICO MA41

F. Ultima Calibración: 2021-12-26

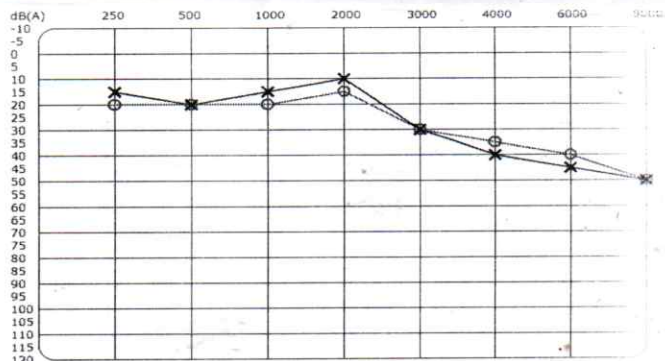
○ : Via aérea del OD ✕ : Via aérea del OI
< : Via ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Via ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	20	20	15	30	35	40	50
VAOI	15	20	15	10	30	40	45	50



PTA Oído Derecho

PTA Oído Izquierdo

21.25

18.75

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Leve(25 - 40 dB)

Oído izquierdo: Moderada(41 - 55 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION

OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO
USE PROTECCIÓN AUDITIVA
CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA
EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS
INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA AUDITIVO SVEA

Observaciones

SE REALIZA VALORACIÓN CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP). SE OBTIENE
IDX: OD: HIPOACUSIA GRADO LEVE PARA LAS FRECUENCIAS AGUDAS DE 3KHZ A 8KHZ. - OI: HIPOACUSIA GRADO LEVE PARA LAS FRECUENCIAS DE 3KHZ Y 4KHZ, MODERADA PARA LAS FRECUENCIAS DE 6KHZ Y 8KHZ. SE DAN PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO.



Ficha de Evaluación Ocupacional



Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

Fecha: 15-dic.-22 Nombre: Guillermo Alexander Burgos Ibar ID: 76326227 , Edad: 45 ☒ Sexo Tel: 3225262983

Entidad: SENA

Area de Trabajo:

Cargo: Sistemas

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

Tipo de gafa que usa: No Usa

último control : Más de 1 año

Sintomatología

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

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

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

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

☐ Esquirlas ☐ Aire Acondicionado Tiempo de Exposicion dia:

Tiempo de exposicion acumulado:

Agudeza Visual Habitual en Visión Lejana

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

Visión del Color: Normal

Visión Binocular Foria VL:

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☐ AVVPCC A.V OD: 0.50M A.V OI: 0.50M A.V AO: 0.50M Stereopsis: 60 Seg VB Foria VP:

Rx OD: N-0.50x90 20/20 Rx OI: N-0.50x90 Av OI: 20/20 Add OD: 1.00 Av: 0.50M

Visión del Contraste OD: Normal

Visión del Contraste OI: Normal

Add OI: 1.00 AV: 0.50M

Gafa Recomendada: Multifocal

Presión Intra Ocular:

PIO OD: 20

PIO OI: 20

Papila OD: Normal

Papila OI: Normal

Dx Refractivo: Astigmatismo, Presbi Dx Vision Binocular:

Dx Patologia:

Evaluated Por: Africany

☐ Remitido a Optometría ☒ Remitido a Oftalmologia

Notas: Se recomienda usar la gafa permanentemente. SE remite a OFTALMOLOGIA para valorar PIO.



LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacterióloga

Nombre : GUILLERMO A. BURGOS IBARRA
Identificación : 76326227
Edad : 46 años
Entidad : Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra : Enero 09/2024
Fecha informe de muestra : Enero 09/2024

EXAMEN SOLICITADO

RESULTADO

V. REFERENCIA

Glicemia Basal : 91 mg/dl 50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.


Carmen Elisa Rentería P.
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD JAVERIANA
RM N° 3026