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° 115.645

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

SENA	SENA
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)

VELASCO HAMES ALFONSO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	50 AÑOS 9 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	76317344 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
DOCENTE TECNICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO. NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO. SE LE IMPARTEN RECOMENDACIONES . EVALUACION OSTEOMUSCULAR NORMAL.*

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	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : APLICAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCION 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, BALANCEADA, EJERCICIO CONSTANTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS EN SU EPS.
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	NO FUMAR
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRESENTA CONDICIONES CLINICAS DE ORIGEN COMUN, NO ASOCIADAS A CAUSAL DE RESTRICCION LABORAL ALGUNA. MANEJO Y SEGUIMIENTO EN SU EPS.

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

Dr. Javier Gutiérrez Balcazar
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro 03069/16
S.I.C. 6860/89

Firma:

Nombre: GUTIERREZ BALCAZAR JAVIER

R. M.: 6860/89 **L.S.O.:** 03069/16

Código de Seguridad
K670Q1W115645

Aspirante o Trabajador

Firma: Hames Alfonso Velasco.

Nombre: VELASCO HAMES ALFONSO

CC: 76317344

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 - 12:26 P. M.
Tipo Evaluacion Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
Empresa: SENA **Cargo:** DOCENTE TECNICO
Nombres y Apellidos: VELASCO HAMES ALFONSO **:CC** 76317344 **de** POPAYÁN **Fecha de Nacimiento:** 24/03/1973 12:00
Edad: 50 AÑOS 9 M **Lugar de Nacimiento:** POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) **Dir. Residencia:** CLL 3 26-17
Estudios: POSTGRADO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **E.P.S:** NUEVA EPS **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

OSTEOMUSCULAR: NO ANTECEDENTE DE LESIONES OSTEOMUSCULARES. PRUEBAS SEMIOLOGICAS NEGATIVAS. ADECUADA ESTABILIDAD ARTICULAR, ARCOS DE MOVIMIENTOS ARTICULARES NORMALES (AMA) EQUILIBRIO, PROPIOCEPCION Y COORDINACION ESTATICA Y DINAMICAS ADECUADAS APLICAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

MÉDICO

Firma:

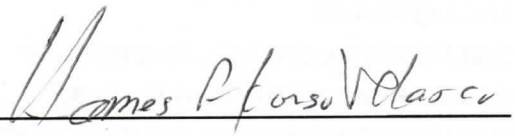


Nombre: GUTIERREZ BALCAZAR JAVIER

R. M.: 6860/89 **L.S.O.:** 03069/16

TRABAJADOR

Firma:



Nombre: VELASCO HAMES ALFONSO

CC 76317344

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°: 34271

Fecha: 15/01/2024 **Ciudad:** POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR **Eps:** NUEVA EPS
CC: 76317344 **Nombre:** VELASCO HAMES ALFONSO **Edad:** 50 AÑOS 9 MESES 25 DÍAS **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 24/03/1973 **Empresa:** SENA **Ocupacion:** DOCENTE TECNICO

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	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

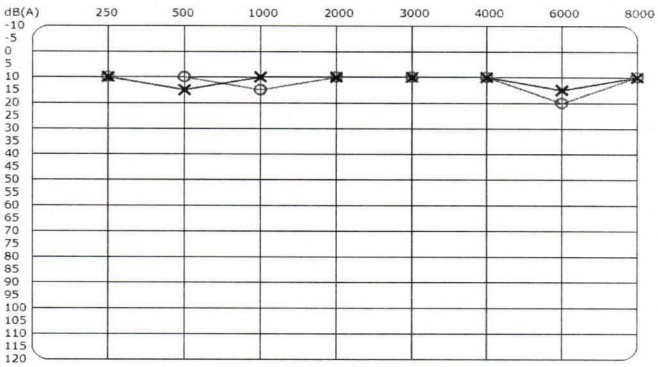
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	DURANTE SERVICIO MILITAR.
MOTO	ANTERIORMENTE.	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	HACE MÁS DE 20 AÑOS.		

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

○ : Vía aérea del OD × : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía 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	10	15	10	10	10	20	10
VAOI	10	15	10	10	10	10	15	10

PTA Oído Derecho	PTA Oído Izquierdo
11.25	11.25

SEVERIDAD - CAOHC

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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	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
O670U2A34271

TRABAJADOR

Firma: Hames Alfonso Velasco
Nombre: VELASCO HAMES ALFONSO
CC 76317344

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

TAMIZAJE VISUAL
PROGRAMA SERVICIO DE SALUD OCUPACIONAL
IPS COMFACAUCA

NOMBRE: Hames Alfonso Velasco
CEDULA: 76 317 344
EDAD: 50
DIRECCION Y TELEFONO: _____
OCUPACION: Docente

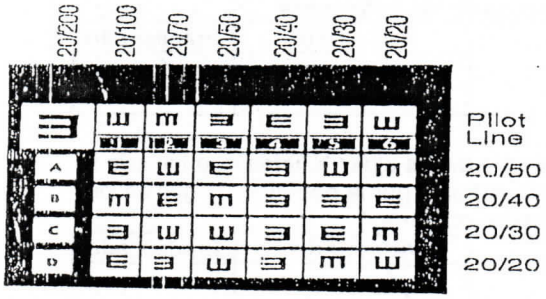
MASCULINO X FEMENINO ___
FECHA: 15 enero 24
UTILIZA GAFAS: SI X NO ___
LENTES DE CONTACTO: SI ___ NO X
ULTIMO CONTROL OPTOMETRIA: 1 semana

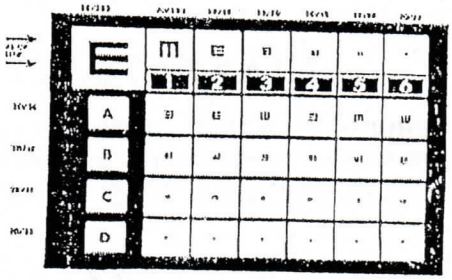
QUE PATOLOGIA(S) VISUAL PRESENTA: Miopia X Hipermetropia ___ Astigmatismo ___ otra _____

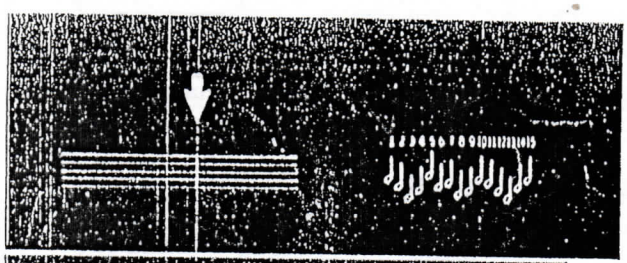
TEST DE MEDICION

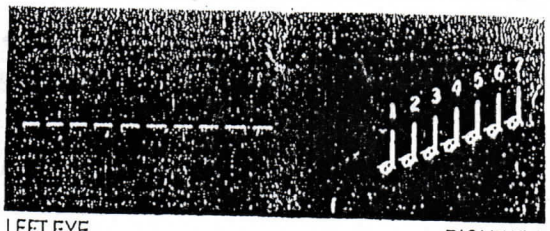
PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL				
	OJO IZQUIERDO	AMBOS OJOS	OJO DERECHO	
1	SVC	NRK	HZO	20/100
2	RNZH	DOKV	CSZN	20/70
3	CKVD	SNZR	DOHC	20/50
4	VHRN	ODSK	NZCS	20/40
5	HSKRC	NZDOV	ZSHNK	20/30
6	ZONVR	HCSKD	VKCDS	20/20

PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL				
	OJO IZQUIERDO	AMBOS OJOS	OJO DERECHO	
1	ZN	RO	HK	20/200
2	RKS	HNC	ZOD	20/100
3	HCDV	SKZO	RNDS	20/70
4	ZROD	NSCH	VZKN	20/50
5	KHSC	OZNR	DNVC	20/40
6	ONRZV	DKHCS	KDSON	20/30
7	SDCHN	VRZKO	HSNRD	20/20

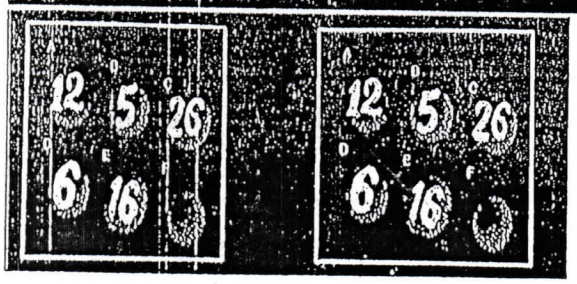








LEFT EYE RIGHT EYE



PUNTAJES PERIMETRALES				
OJO	TEMPORAL			NASAL
	85°	70°	55°	45°
Derecho	✓	✓	✓	✓
Izquierdo	✓	✓	✓	✓

PRUEBA # 1 AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/ 40	Ojo Izquierdo: 20/ 30.	Ambos Ojos: 20/ 30.
VISION PROXIMA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/ 30	Ojo Izquierdo: 20/ 30.	Ambos Ojos: 20/ 30.

PRUEBA # 2 AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/ 30	Ojo Izquierdo: 20/ 30	Ambos Ojos: 20/ 30
VISION PROXIMA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/ 40	Ojo Izquierdo: 20/ 30	Ambos Ojos: 20/ 30.

PRUEBA # 3 AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/ 30	Ojo Izquierdo: 20/ 30	Ambos Ojos: 20/ 30
VISION PROXIMA					
Resultado: Ojo Derecho: 20/ 30	Ojo Izquierdo: 20/ 30	Ambos Ojos: 20/ 30

PRUEBA # 4 FORIA HORIZONTAL (Es una desviación latente de los ejes visuales que tan solo se manifiestan en ausencia de estimulo visual. Es el estado definido por la posición de giro de los ojos en visión binocular en el que se rompe la fusión de las imágenes)

	Adecuado	Inadecuado
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		✓

PRUEBA # 5 FORIA VERTICAL (Es una desviación latente de los ejes visuales que tan solo se manifiestan en ausencia de estimulo visual. Es el estado definido por la posición de giro de los ojos en visión binocular en el que se rompe la fusión de las imágenes)

	Adecuado	Inadecuado
1 2 3 4 5 6 7.	✓	

PRUEBA # 6 PERCEPCIÓN DE COLOR

A 12 ✓ B 5 ✓ C 26 ✓ D 6 ✓ E 16 ✓ F(nada) ✓	Adecuado	Inadecuado
Inadecuado (1-4): Aceptable(5-7): Adecuado(8):	✓	

PRUEBA # 7 BALANCE MUSCULAR

VISION LEJANA	RESULTADO	
	Adecuado	Inadecuado
A • B	✓	
VISION PROXIMA	**RESULTADO**	
	Adecuado	Inadecuado
A • B	✓	

Visión del Color: Normal ✓ Anormal__ **Remitido a Optometría:** SI___ NO __

RESPONSABLE TAMIZAJE VISUAL: Auxiliar Gaby paola Llantar ✓.

Se realiza examen con gafas medicadas.

Laboratorio Clínico Especializado
Martha Cecilia Perdomo IPS
NIT 34530326-3
Bacterióloga y Laboratorista Clínico – U. Católica
Especialista en Microbiología Médica – U. Javeriana

SC-CER112260

Paciente:	**VELASCO HAMES ALFONSO**			**Orden No.: 202401190007**	
Historia:	76317344	Fecha de nacimiento:	1973-03-24	Fecha y Hora de ingr	2024-01-19 06:28
Telefono:	3178239472	Edad:	50 Años	Fecha de impresión:	2024-01-19 11:11
Cliente:	PARTICULAR			Medico:	
AUTORIZACION:				202401190007	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	Fecha y hora de validación
	QUÍMICA			
GLUCOSA EN SUERO	88	mg/dl	70 - 105	19/01/2024 09:46
Técnica:Oxidasa/Peroxidasa				

Dra. Martha Cecilia Perdomo C.
Universidad Católica de Manizales
Pontificia Universidad Javeriana
Registro: 43

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO
MARTHA CECILIA PERDOMO IPS