SoluIntegral SAC S.A.S.

Soluintegral SAC SAS
Nit. 90720154-1
Clinica Reina Victoria Consultorio 517
Popayán, Cauca
Cels. 3126327091 -3175097518
E-mail soluintegralsac@gmail.com, soluintegralsac@gmail.com soluintegralemo@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.229

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	12 MES	2023 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES CONTADO	**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)

VERNAZA ARBOLEDA EDGAR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 5 MESES 17 DÍAS	CC	1061688880
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN : RELACIONADAS CON EL CARGO Y CON EL SGSST	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ADULTO EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO NORMAL DEL CARGO AL QUE APLICA

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



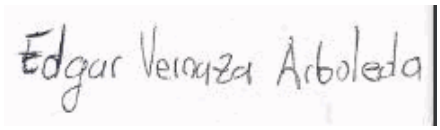
Firma:

Nombre: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA

R. M.: 1061710999 **L.S.O.:** 13133/2019

Código de Seguridad
J1003P1V7229

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VERNAZA ARBOLEDA EDGAR

CC: 1061688880

R.P.251729

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN



CONSTANZA BUCHELI ESPINOSA

Especialista en Vacunas

NIT 900 637 356 - 6

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: EDGAR VERNAZA ARBOLEDA

IDENTIFICACIÓN: 1.061.688.880 FN: 01-07-86

Powered by CamScanner

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LOTE N°	FIRMA O SELLO
HEPATITIS A	1°			
	2°			
HEPATITIS B	1°	18 MAR. 2023		Leidy L. Gómez AUX. ENFERMERIA REG. 7371
	2°			
	3°			
	Rfzo			
INFLUENZA	1°			
	2°			
	3°			
	4°			
DTaP	1°			
	2°			



VACUNA	DOSIS
VARICELA	1°
	2°
MENINGO-COCO (MENACTRA)	ÚNICA
MENINGO-COCO BC	1°
	2°
NEUMO-COCO 13	ÚNICA
NEUMO-COCO 23	1°
	2°
HERPES ZOSTER	ÚNICA

Powered by CamScanner

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

Ficha de Evaluacion Ocupacional

comfacauca IPS

Fecha: 22-mar.-23 Nombre: Edgar Vernaza Arboleda ID: 1061688880 Edad: 36 ☑ Sexo Tel: 3183908547

Entidad: SENA Area de Trabajo: Cargo: Instructor

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

Tipo de gafa que usa: No Usa ültimo 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: 0.75M A.V OI: 0.75M A.V AO: 0.75M Stereopsis: 60 Seg VB Foria VP:

Rx OD: +0,50-2,00*50 20/20 Rx OI: +0,50-3,50*135 Av OI: 20/20 Add OD: Av:

Visión del Contraste OD: Normal Visión del Contraste OI: Normal Add OI: AV:

Gafa Recomendada: Monofocal

Presión Intra Ocular:

PIO OD: 13 PIO OI: 12 Papila OD: Normal Papila OI: Normal

Dx Refractivo: Astigmatismo Dx Vision Binocular: Dx Patologia:

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

Notas: Se recomeinda el uso de la gafa

Powered by CamScanner

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) 8206660
E-mail: ips@comfacauca.com

AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 26438

Fecha: 22/03/2023 Ciudad: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO Eps:
CC: 1061688880 Nombre: VERNAZA ARBOLEDA EDGAR Edad: 36 AÑOS 8 MESES 10 DÍAS Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 11/07/1986 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INSTRUTOR

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	DURANTE VIAJE EN O I, 2 MESES.	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	PTERIGIÓN OCULAR	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

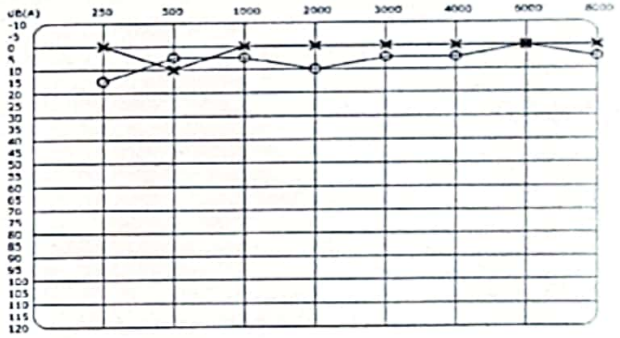
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
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: 2022-03-14

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



OTOSCOPIA

Oido derecho: NORMAL
Oido izquierdo: NORMAL

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

PTA Oido Derecho	PTA Oido Izquierdo
6.25	2.50

SEVERIDAD - CAOHC

Oido derecho: Normal(0 - 25 dB) Oido 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
R670X2D26438
Página 1 de 1

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: VERNAZA ARBOLEDA EDGAR
CC 1061688880

Impreso el 22/03/2023 a las 06:35 a.m.

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Powered by CamScanner

Paciente:	**VERNAZA ARBOLEDA EDGAR**			**Orden No.: 202303180503**	
Historia:	1061688880	Fecha de nacimiento:	1986-07-11	Fecha y Hora de ingr	2023-03-18 07:12
Telefono:	3183908547	Edad:	36 Años	Fecha de impresión:	2023-03-18 10:38
Cliente:	PARTICULAR			Medico:	
AUTORIZACION:				202303180503	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	Fecha y hora de validación
	QUÍMICA			
GLUCOSA EN SUERO	92	mg/dl	70 - 105	18/03/2023 10:21
Técnica:Oxidasa/Peroxidasa				

Dra. Carmen Rosa Urbano
Universidad Católica de
Manizales Registro: 116

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO
MARTHA CECILIA PERDOMO IPS