371561 80487

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

1



EMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

Paciente: JORGE LEONARDO RAMOS
Identificación CC 1070008596
Dirección kr 8 n 6-23 el rocio
Aseguradora PRECONAL-COL 2

Fecha de Nacimiento 19/10/1989

Género MASCULINO
Edad Actual 30 A
Telefono 3223252263
Fecha Ingreso 16 /09/23 09:24

DATOS DEL TRABAJADOR /ASPIRANTE

Fecha del Examen	Ciudad	Tipo de Examen	Otro
02/01/2020	CAJICA - CUNDINAMARC	Ingreso	

Razon social de la empresa que lo contrato o contratara: PRECONAL-COL 2
Cargo: CONDUCTOR

Razon social de la empresa en que laborá, laborará o laboró: PRECONAL- COL S.A.S
Area o Sede: PRODUCCION

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

Dermatologico	Osteomuscular	Riesgo vascular	Manipulador de alimentos	Alturas	Otro? Cual?
	X				

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Aplazado
X Apto con recomendaciones para el cargo	Apto para trabajo en espacios confinado	
Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo	Apto para manipular alimentos	

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

–ALTERACIÓN VISUAL NO CORREGIDA.APLAZAMIENTO HASTA TANTO ESTE CORREGIDO EL DEFECTO VISUAL
ALTERACIÓN DE PESO QUE NO INTERIFERE EN LABOR. SE RECOMIENDA VALORACION NUTRICIONAL Y EJERCICIO

PRESENTA ALTERACION CONJUNTIVAL LEVE OJO DERECHO, SE RECOMIENDA VALORACION Y MANEJO POR EPS

REQUISITOS DE SALUD

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:	SI X	NO			

El concepto de aptitud se definio a partir de los siguientes exámenes practicados:

X	Examen Médico	Examen Radiologico	
X	Audiometría	¿Cuál(es)?	
	Espirometría		
X	Optometría		
	Electrocardiograma	Exámenes de Laboratorio	
	Exámen Psicosensometrico	¿Cuál(es)?	
	Otro?Cual?		

CONDUCTA

- Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patología diagnóstica
- Continuar manejo actual y control por EPS
- Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS
- Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
- Asistir a programas de promoción y prevención EPS
- Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos

Amplie su conducta
EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES

X	Exámen Ocupacional Anual	X	Higiene postural	X	Uso de elemntos de proteccion personal	X	Pausas Activas
	Reingreso laboral		Reubicación		Rehabilitación profesional		
	Otro? Cual?						

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).
He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación,las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es),a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).
Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 - Minprotección)

MEDICO

Jorge E. Barreto Rodgers
Medico Cirujano Unilibre
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 2328/93 - Lic. S.O 25-2759/16

Firma

JORGE ENRIQUE BARRETO RODGERS

Registro Médico
72140320

Licencia salud ocupacional

ASPIRANTE O TRABAJADOR Jorge Leonardo Ramos

Firma

JORGE LEONARDO RAMOS

Documento de identidad
CC 1070008596



RECOMENDACIONES

X	Exámen Ocupacional Anual	X	Higiene postural	X	Uso de elemntos de proteccion personal	X	Pausas Activas
	Reingreso laboral		Reubicación		Rehabilitación profesional		
	Otro? Cual?						

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).
He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación,las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es),a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).
Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 - Minprotección)



MEDICO

Jorge E. Barreto Rodgers
Medico Cirujano Unilibre
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 2326/93 - Lic. S.O 25-2759/16

Firma

JORGE ENRIQUE BARRETO RODGERS

Registro Médico
72140320

Licencia salud ocupacional

ASPIRANTE O TRABAJADOR Jorge Leonardo Ramos

Firma

JORGE LEONARDO RAMOS

Documento de identidad
CC 1070008596

EMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.

INFORME AUDIOMETRIA

CEMEDICA S.A.S
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

Paciente: JORGE LEONARDO RAMOS — Género MASCULINO
Identificación CC 1070008596 — Fecha de Nacimiento 19/10/1989 — Edad Actual 30 A
Direccion kr 8 n 6-23 el rocio — 3223252263
Acompañante — NINGUNO — Usuario AFILIADO
Aseguradora PRECONAL-COL 2
Fecha del Examen 16/09/2023 — Ciudad CAJICA — Tipo de Examen PREIN

Razon social empresa que lo contrato o contratara: PRECONAL
Area o Sede: CAJICA
Fecha Ingreso a la Empresa / / — Cargo CONDUCTOR — Rotación
Sección TRANSPORTE — Antiguedad en el Cargo actual

ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICION AL RUIDO

EMPRESA ACTUAL Nombre del Cargo Desempeñado (Inicie con el actual)	Tiempo	Tipo* I	C	S	N	B	R

Nombre Empresa	Nombre Cargo	Tiempo	Tipo Elemento Protección
INDEPENDIENTE	CONDUCTOR	3.6 AÑOS	

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES	Otitis		NO REFIERE
	Trauma		NO REFIERE
	Cirugía		NO REFIERE
	Ingesta Ototóxicos		NO REFIERE
	Hipoacusia Subjetiva		NO REFIERE
	Acúfenos		NO REFIERE
	Otro		NO REFIERE
ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO	Tejo		NO REFIERE
	Moto		NO REFIERE
	Discoteca		NO REFIERE
	Servicio Militar		NO REFIERE
	Poligono		NO REFIERE
	Manos Libres o Audifonos		NO REFIERE
	Otro	X	CARRO 8 A 10 HORAS DIARIO

Condiciones de toma de la prueba — Si — No — Si — No
Descanso Auditivo 12H Horas — Realizó re test X — Usó cabina sonoamortiguada X
Marca y referencia audiómetro utilizado AMPLAID A 177 PLUS
Fecha de la última calibración 16/09/2023

Otoscopía
Oido Derecho CAE NORMAL
Oido Izquierdo CAE NORMAL

Audiometría		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Via Aérea	Oido Derecho	10	10	15	10	10	15	25	20
	Oido Izquierdo	10	10	15	15	10	25	10	15
Via Osea	Oido Derecho								
	Oido Izquierdo								

ANALISIS COMPARATIVO	Frecuencia	Oido Derecho	Oido Izquierdo
	500 Hz		
	1000 Hz		
	2000 Hz		
	3000 Hz		
	4000 Hz		
	6000 Hz		

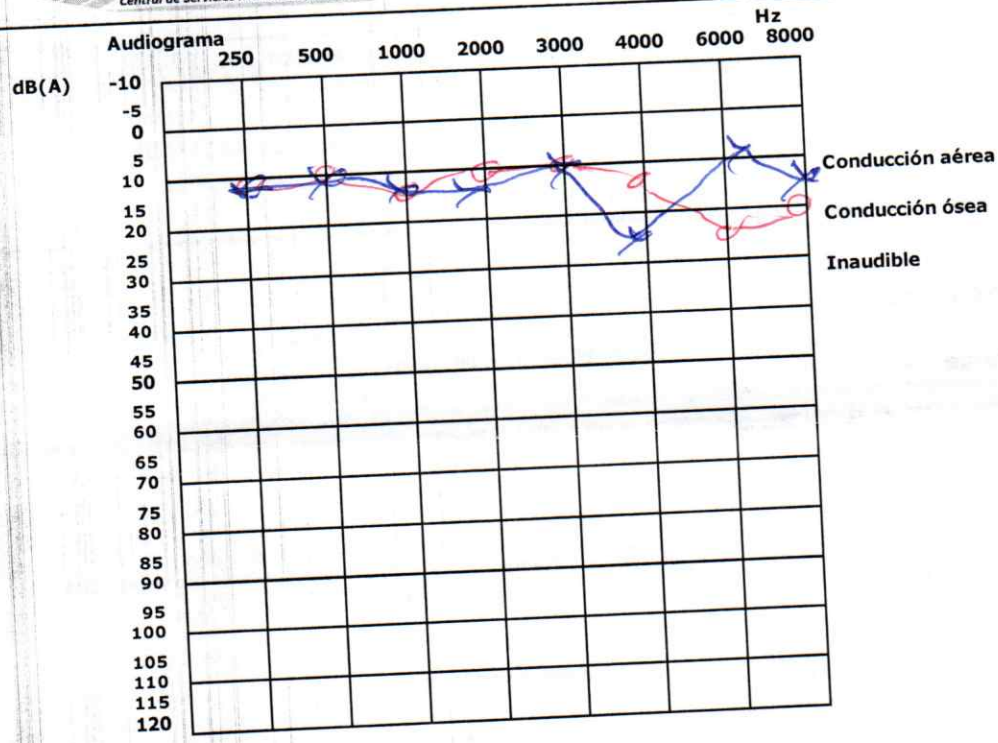
CAMBIO UMBRAL
Cambio Umbral Auditivo Oido Derecho — Si — No
Cambio Umbral Auditivo Oido Izquierdo — Si — No

371562 80487

INFORME AUDIOMETRIA

CEMEDICA S.A.S
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

Audiograma



Oido derecho		Oido Izquierdo	
Sin E	Con E	Sin E	Con E
O	——	X	▭
<	[	>	]
|		|	

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

Diagnóstico	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral
CLASIFICACIÓN GATISO			
< 25 Db Audición Normal	X	X	X
26-40 dB Hipocusia Leve			
41-55 dB Hipoacusia Moderada			
56-70 dB Hipoacusia Moderada a Severa			
71-90 dB Hipoacusia Severa			
>90 dB Hipoacusia Profunda			

CUAT (Cambio Umbrales Auditivos Temporal)

Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	No Realizable
Sin cambio en los Umbrales			

CUAP (Cambios Umbrales Auditivos Permanente)

Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	No Realizable
Sin cambio en los Umbrales			

RECOMENDACIONES

Control Auditivo en un año
Lavado Auditivo
Audiometría Confirmatoria
Exámenes Audiológicos Complemenarios
X Control Auditivo en seis meses
Oido Derecho
Fecha / /

Uso Protección Auditiva X
Oido Izquierdo

Control por otorrinolaringología

DESCRIPCION DE RESULTADOS

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA NORMAL BILATERAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento.

El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Articulo 10 - Minprotección)

Evaluado

Juan Carlos Alvarado Diaz
1.016.068.789
FONOAUDIOLOGO
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

Aspirante o Trabajador

Jorge Leonardo Ramos

Firma
JUAN CARLOS ALVARADO DIAZ
Registro Médico 1016068789

Firma
JORGE LEONARDO RAMOS
Documento de identidad CC 1070008596



0487

02/01/20

INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

Paciente: JORGE LEONARDO RAMOS — Género MASCULINO
Identificación CC 1070008596 — Fecha de Nacimiento 19/10/1989 Edad Actual 30 A
Direccion kr 8 n 6-23 el rocio — 3223252263
Acompañante/Acudiente — NINGUNO — UsuarioAFILIADO

Aseguradora PRECONAL-COL 2
Fecha del Examen 16/09/2023 Ciudad CAJICA — Tipo de Examen PREIN
Razón social empresa que lo contrato o contratara — Centro de Trabajo (Sede)
PRECONAL

INFORMACION PRESONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGIA VISUAL

Ha tenido cirugías otraumas oculares? NO APLICA
Presenta actualmente molestias en los ojos? NO APLICA
Está expuesto a riesgos ocupacionales Oculares en el cargo actual? NO
Usa en el cargo actual elementos de protección ocular? NO APLICA

Problemas de Refracción NO
Corregido NO Tipo de Corrección — Frecuencia de uso
Tiempo de Evolución

Lensometría de Rx en uso OD
OI — Tipo de Lente

EVALUACION VISIOMETRIA

Ojo Derecho			Ojo Izquierdo			Ambos Ojos		
20=547638 N	25 = 428576 N	30 = 943852 N	20 = 745932 N	25 = 578236 N	30 = 346752 N	20 = 857432 N	25=674235 N	30=382457 N
40=795823 N	50 = 357248 N	60 = 7236 N	40 = 534268 N	50 = 752386 N	60 = 6254 N	40 = 563472 N	50=859423 N	60=8927 N
70=9574 N	100 = 92 N	200 = 5 N	70 = 8453 N	100 = 85 N	200 = 3 N	70 = 2978 N	100 = 43 N	200=9 N

Percepción del Color: 4 1 6 3

EVALUACION OPTOMETRIA

Dial No 2 AGUDEZA VISUAL — Visión Lejana — Visión Próxima
Letras N Numeros N E Direccional N Uso de corrección en el examen S
OD 20/25
OI 20/20-2
AO 20/20-2

Dial No 3 RETINOSCOPIA — Ojo Der. -0.25-0.50*90 — Ojo Izq. -0.25-0.50*90
SUBJETIVO — Ojo Der. -0.25-0.50*90 — Ojo Izq. -0.25-0.50*90
Dial No 4 QUERATOMETRIA — Ojo Der. — Ojo Izq.

Dial No 5 FORIAS
LATERAL Normal N VERTICAL Normal N

Dial No 6 VISION PEREFERICA
EVALUADA N Normal N

Dial No 7 PERCEPCION DEL COLOR
EVALUADA S Normal S

Dial No 8 ESTEREOPSIS
Dial No 8 ESTEREOPSIS

TEST DE LA MOSCA

Angulo a 40 cm en seg de Arco

800	140	60
600	100	50
400	80	40 X

Dial No 9 EVALUACION SEGMENTO EXTERNO
Ojo Derecho Anormal S Tipo SIN ALTERACION
Ojo Izquierdo Anormal S Tipo SIN ALTERACION

Dial No 10 OFTALMOSCOPIA
Ojo Derecho Anormal S Tipo SIN ALTERACION

371562 80487

16/09/23

INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA

EMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

INTERPRETACION

	Lejos		Cerca	
	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Agudeza Visual Normal			X	X
Adecuadamente Corregida	X	X		
Inadecuadamente Corregida				
No Corregida				
No requiere Corección				

Visión de profundidad	Normal SI	Percepción de Colores	Normal SI
Forias	Normal SI	Visión Periférica	Normal SI

Cumple requerimiento ocupacional SI Debe usar corrección para laboral SI

Observación CONDICIONES FUNCIONALES

Diagnóstico ASTIGMATISMO MIOPICO

Remisión a: Ortópica NO Oftalmología NO Contactología NO Control en 1 AÑO

OBSERVACIONES

APTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento.

El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará UNIMOS SALUD para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. UNIMOS SALUD para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Articulo 10 - Minprotección)

Dra. Diana Montañez C.
Registro 62934 - Acta 869

Evaluado
Firma
DIANA LIZETH MONTAÑEZ CARDENAS
Registro Médico 62934-ACTA 869

Aspirante
o
Trabajador
Jorge Leonardo Ramos
Firma
JORGE LEONARDO RAMOS
Documento de identidad CC 1070008596

