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

NIT: 891500182-0
Dirección: Calle 2 N # 6 A - 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

E- mail: cobranzasalud@comfacauca.com
Cel: 323 566 3953
Tel: (601) 8231868 ext 310

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 138.846

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

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)

DAZA GOMEZ AURA YANED	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	50 AÑOS 10 MESES 29 DÍAS	CC	25280075
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
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: *CONCEPTO EN VIRTUD DE LA RES. 2346 DE 2007: APTO(A) PARA EL CARGO. NO HAY CONDICIONES DE SALUD QUE PUEDAN AGRAVARSE POR EL TRABAJO. NO HAY RESTRICCIONES LABORALES.*

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	PAQUETE OPTOMETRICO	✓
AUDIOMETRIA	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A LA ORINA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : DEBE USAR GAFA DE AUMENTO DE MANERA PERMANENTE.	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CITA ANUAL CON OPTÒMETRA PARA CONTROL.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EFECTUAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR GENERALIZADO, DE LAS EXTREMIDADES Y DE LA ESPALDA, CADA HORA.	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	CAPACITACIÓN : SOBRE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LA PREVENCIÒN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES. REFORZAR SOBRE PAUSAS ACTIVAS.	HACER DEPORTE
	OTROS : CUIDADOS DE LA VOZ. HIDRATACIÒN FRECUENTE, DESCANSO DE LA VOZ.	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EMPRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA.
CARGO:INSTRUCTORA.

NOTAS ADICIONALES.:
1. LA PRESENTE VALORACIÒN MÈDICO LABORAL SE REALIZÒ SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD INSTITUCIONAL Y EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS NACIONALES. SE DEJA DISTANCIA DE 2 METROS EN LA ENTREVISTA. SE USAN TODOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL POR EL MÈDICO: TAPABOCAS QUIRÙRGICO , GORRO, Y BATA ANTIFLUIDOS. PREVIA ASEO Y ASEPSIA DE ÀREAS.
2. SEGUIR CON LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÒN QUE EL MINISTERIO DE SALUD HA INSTAURADO ESPECIALMENTE LA VACUNACIÒN CONTRA COVID 19, MANTENER AL DIA DOSIS Y REFUERZOS, TOTAL 4 APLICACIONES. VACUNARSE CONTRA LA INFLUENZA CADA AÑO. CONTINUAR LA PRÀCTICA DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESPECIALMENTE EL LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y USO DE TAPABOCAS CUANDO SE ESTIME NECESARIO.

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.

Powered by CamScanner

Médico

Dr. José Oswaldo Imbachi F
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.S. 0671/90
L.S.O 04658-10-2020

Firma:

Nombre: IMBACHI FERNANDEZ JOSE OSWALDO

R. M.: 8671/90 L.S.O.: 04658-10-2020

Código de Seguridad
C670I1O138846

Aspirante o Trabajador

Firmado digitalmente por AURA YANED DAZA GÓMEZ

Firma:

Nombre: DAZA GOMEZ AURA YANED

CC: 25280075

Powered by CamScanner

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

NIT: 891500182-0
Dirección: Calle 2 N # 6 A - 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
E- mail: cobranzasalud@comfacauca.com
Cel: 323 566 3953
Tel: (601) 8231868 ext 310

AUDIOMETRIA

Atención N°: 43612

DATOS PERSONALES

Fecha: 15/01/2025 Ciudad: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Eps: SANITAS
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
CC: 25280075 Nombre: DAZA GOMEZ AURA YANED Edad: 50 AÑOS 10 MESES 29 DÍAS Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 16/02/1974 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INSTRUCTOR SENA
Dirección: MANZ 42 42-08 Teléfono: 3183157766

DATOS DEL ACUDIENTE

Nombre del Acompañante: NO Parentesco: NO Telefono Acompañante: NO
Nombre del Responsable: LEONARDO RAMIRO Parentesco: ESPOSO Telefono Responsable: 3178089184

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR	NINGUNA	NO APLICA	6	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		

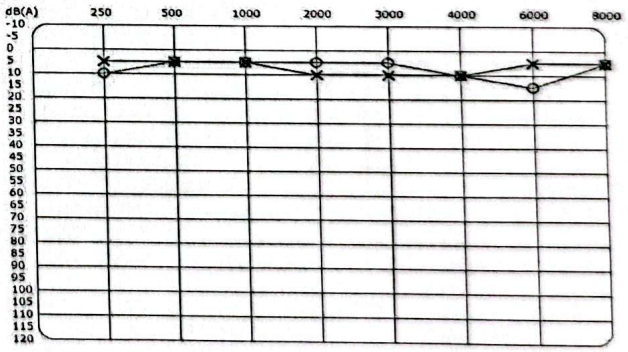
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	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) : 8 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 116 F. Ultima Calibración: 2024-03-14

O : Vía aérea del OD X : 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	5	5	5	5	10	15	5
VAOI	5	5	5	10	10	10	5	5

PTA Oído Derecho	PTA Oído Izquierdo
5.00	7.50

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	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

SE REALIZA VALORACIÓN CON TODO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y ELEMENTOS DE PERSONAL (EPP). SE OBTIENE:
IDX: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL. SE DAN PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO.

Powered by CamScanner

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: GARCIA RIVERA SANDRA PATRICIA

T. M.: 655365 L.S.O.:

eso el 15/01/2025 a las 07:24 a.m.

Código de Seguridad
K670Q2W43612

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: DAZA GOMEZ AURA YANED

CC 25280075

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

Powered by CamScanner

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

Ficha de Evaluacion Ocupacional

comfacauca IPS

Fecha: 15-ene.-25 Nombre: Aura Yaned Daza Gómez ID: 25280075 , . Edad: 50 ☐ Sexo Tel: 3183157766

Entidad: SENA Area de Trabajo: Cargo: Instructora

Dirección: Manzana 42 No. 42-08 Municipio: Popayan Sexo: Femenino

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

Tipo de gafa que usa: Bifocal ültimo control : Entre 6 meses y un añ

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: 20/40 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: +1,50-0,75*90 20/20 Rx OI: +1,50-0,75*90 Av OI: 20/20 Add OD: 1,75 Av: 0.50M

Visión del Contraste OD: Normal Visión del Contraste OI: Normal Add OI: 1,75 AV: 0.50M

Gafa Recomendada: Multifocal

Presión Intra Ocular:

PIO OD: 11 PIO OI: 10 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: Usa ODI N Add 1.00. Se receomina el uso de la gafa

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacterióloga

Nombre	:	**AURA YANED DAZA GOMEZ**
Identificación	:	25280075
Edad	:	50 años
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Enero 15/2025
Fecha informe de muestra	:	Enero 15/2025

EXAMEN SOLICITADO		RESULTADO		V. REFERENCIA
Glicemia Basal	:	82	mg/dl	50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.

Carmen Elisa Rentería P.
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD JAVERIANA
RM Nº 3026

Powered by CamScanner

CARNET DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

comfacauca IPS

Nombres:	Aora Yaned			
Apellidos:	Daza Gomez			
Documento de identidad:	C.C. ☒	T.I. ☐	Pasaporte ☐	No. 25280078
Fecha de Nacimiento:	DD 16	MM 02	AA 1974	

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Varicela	1			
	2			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1	22-03-23	0342-1008E	RGJH.
	2	22-04-2023		
	3			
	R			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Fiebre Amarilla		Única			
Influenza	Anual				
Neumococo 23		1			
Meningococo		1			
Prevenar 13					
Triple Viral					
Otras					

Powered by CamScanner