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 3963
Tel: (602) 8231868 ext 310



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 132.234

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	09 MES	2024 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)

TAMAYO SOLARTE DAYERLI KATERINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	20 AÑOS 9 MESES 26 DÍAS	CC	1059234725
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA 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: *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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CON FILTRO PARA PANTALLAS	USO DE EPP	CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO
ESPECIALISTA : CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN : EN SST	DIETA BALANCEADA

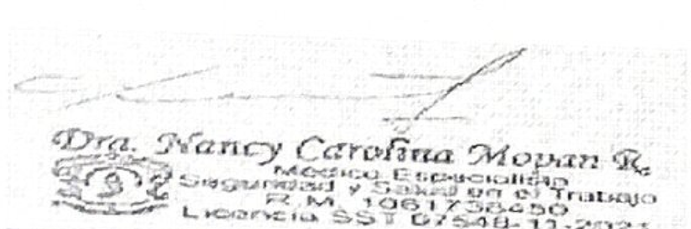
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: EXAMEN MÉDICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES. SIN DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍAS DE ORIGEN LABORAL. PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR.

RECOMENDACIONES:
- PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ANTES Y DURANTE EL TRABAJO (10 MINUTOS CADA 2 HORAS , SE DEBE UTILIZAR EPP SIEMPRE QUE SEA NECESARIO , DEBE HACER DEPORTE 4 VECES POR SEMANA , Y TENER UNA DIETA SALUDABLE RICA EN FRUTA VERDURAS BAJA EN GRASA Y AZÚCARES. EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL DEBE INFORMAR DE MANERA OPORTUNA A SU ARL.
-PARA LA EMPRESA: PROPICIAR UN BUEN AMBIENTE LABORAL , VIGILAR Y CAPACITAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITAR SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES.

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: MOPAN RODRIGUEZ NANCY CAROLINA

R. M.: 1061738450 **L.S.O.:** 07548-11-2021

Código de Seguridad
N670T1Z132234

Aspirante o Trabajador

Katerine Tamayo

Firma:

Nombre: TAMAYO SOLARTE DAYERLI KATERINE

CC: 1059234725

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacterióloga

Nombre	:	**DAYERLI KATERINE TAMAYO SOLARTE**
Identificación	:	1059234725
Edad	:	21 años
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Enero 23/2025
Fecha informe de muestra	:	Enero 23/2025

EXAMEN SOLICITADO		**RESULTADO**		**V. REFERENCIA**
Glicemia Basal	:	84	mg/dl	50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.



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

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 43973**

Fecha: 23/01/2025 **Ciudad:** POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: LABORATORIOS **Eps:**
CC: 1059234725 **Nombre:** TAMAYO SOLARTE DAYERLI KATERINE **Edad:** 21 AÑOS 1 MESES 30 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 24/11/2003 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** DOCENTE
Dirección: CALLE 73N 18C- 20 **Teléfono:** 3167357908

DATOS DEL ACUDIENTE

Nombre del Acompañante: NO REPORTA **Parentesco:** NO REPORTA **Telefono Acompañante:** NO REPORTA
Nombre del Responsable: NO REPORTA **Parentesco:** NO REPORTA **Telefono Responsable:** NO REPORTA

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	NO REFIERE
MOTO	SÍ, APROX. 2 MESES	AUDÍFONOS	USO OCASIONAL
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

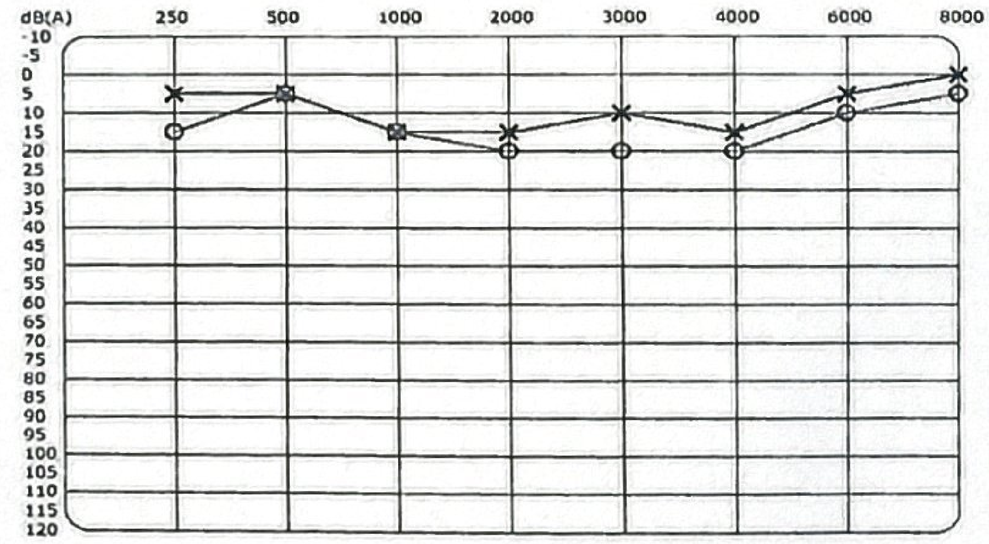
Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 116 **F. Ultima Calibración:** 2024-03-14

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	15	5	15	20	20	20	10	5
VAOI	5	5	15	15	10	15	5	0



PTA Oído Derecho	PTA Oído Izquierdo
15.00	11.25

SEVERIDAD - CAOHC

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

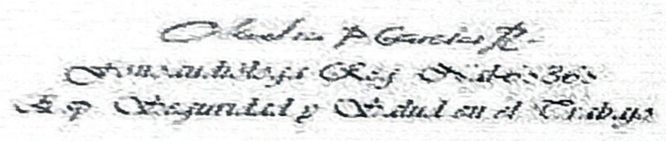
Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	NO APLICA	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

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

S670Y2E43973

TRABAJADOR

Firma: Katerine Tamayo

Nombre: TAMAYO SOLARTE DAYERLI KATERINE

CC 1059234725

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

Ficha de Evaluacion Ocupacional

comfacauca IPS

Fecha: 23-ene.-25 Nombre: Dayerli Katerine Tamayo Solarte ID: 1059234725 Edad: 21 Sexo Tel: 3167357908

Entidad: SENA Area de Trabajo: Cargo: Instructor

Dirección: Cll 73N No. 18C-20 Municipio: Popayan Sexo: Femenino

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

Tipo de gafa que usa: Monofocal último control : Menos de 6 meses

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: 20/60 AV OI: 20/150 AV A.O : 20/60 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: -3,50-3,00*10 20/20 Rx OI: -5,00-3,00*170 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: 14 Papila OD: Normal Papila OI: Normal

Dx Refractivo: Astigmatismo Dx Vision Binocular: Dx Patologia:

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

Notas: Usa ODI desde hace 6 meses OD -3.00-3.00*0; OI -3,50-3,00*150.

