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° 139.298

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 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)

FERNANDEZ PIAMBA LILIANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	59 AÑOS 7 MESES 13 DÍAS	CC	34545287
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

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

Observaciones: *APTA PARA DESEMPEÑAR LAS TAREAS O ACTIVIDADES INHERENTES AL CARGO A CONTRATAR NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO. SE LE IMPARTE RECOMENDACIONES ESPECIFICA S*

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 : REQUIERE DE USO PERMANENTE DE GAFAS	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES : DIETA SANA, EJERCICIO CONSTANTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS EN SU EPS.
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION MEDICO NUTRICIONAL EN SU EPS PARA EVALUACION Y MANEJO INTEGRAL DE SU CONDICION DE PESO ACTUAL.	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	NO FUMAR
	CAPACITACIÓN : EGSST.	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

I SE REALIZA VALORACION MEDICO LABORAL DE INGRESO, ENCONTRANDOSE APTA PARA DESEMPEÑAR LAS TAREAS O ACTIVIDADES INHERENTES AL CARGO A CONTRATAR NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO. SE LE IMPARTE RECOMENDACIONES ESPECIFICA S RECOMENDACIONES: 1. PROCURAR EL AUTOCUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD: DIETA Y RECREACIÓN SANA, EJERCICIO DE MANERA REGULAR. ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA,
2. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE MANERA PERIODICA EN SU JORNADA LABORAL, POSTURAS ERGONOMICAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS SI ES EL CASO, INFORMAR OPORTUNAMEN TE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL QUE HAYA TENIDO U OBSERVADO EN LA ENTIDAD O SITIO DE TRABAJO.

DIETA SANA, EJERCICIO CONSTANTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS 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 ver ídicas. 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Cl ínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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		Aspirante o Trabajador
Firma: 	Código de Seguridad Y670E1K139298	Firma: 
Nombre: GUTIERREZ BALCAZAR JAVIER		Nombre: FERNANDEZ PIAMBA LILIANA
R. M.: 6860/89 L.S.O.: 03069/16		CC: 34545287

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°: 43792

Fecha: 20/01/2025 Ciudad: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO Eps:
CC: 34545287 Nombre: FERNANDEZ PIAMBA LILIANA Edad: 59 AÑOS 7 MESES 13 DÍAS Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 08/06/1965 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INSTRUCTORA
Dirección: CARRERA 19 # 2 A 73 Teléfono: 3122558649

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		

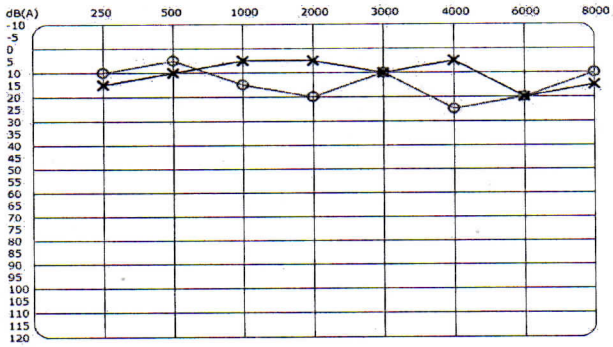
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	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: 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	15	20	10	25	20	10
VAOI	15	10	5	5	10	5	20	15

PTA Oido Derecho	PTA Oido Izquierdo
12.50	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 SEIS MESES	

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

E670K2Q43792

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: FERNANDEZ PIAMBA LILIANA

CC 34545287

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

Ficha de Evaluacion Ocupacional

comfacauca IPS

Fecha: 15-ene.-25 Nombre: Liliana Fernandez Piamba ID: 34545287 , . Edad: 59 ☐ Sexo Tel: 3122558649

Entidad: SENA Area de Trabajo: Cargo: Intructor

Dirección: Cra 19 No. 2A-73 Municipio: Popayan Sexo: Femenino

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

Tipo de gafa que usa: Monofocal último 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: 20/400 AV OI: 20/400 AV A.O : 20/400 Stereopsis: Normal

Visión del Color: Normal Visión Binocular Foria VL:

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☑ AVVPCC A.V OD: 1.0 A.V OI: 1.0 A.V AO: 1.0 Stereopsis: VB Foria VP:

Rx OD: +7,00 20/30 Rx OI: +6,00 Av OI: 20/30 Add OD: 2,75 Av: 0.50M

Visión del Contraste OD: Normal Visión del Contraste OI: Normal Add OI: 2,75 AV: 0.50M

Gafa Recomendada:

Presión Intra Ocular:

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

Dx Refractivo: Hipermetropía, Presb Dx Vision Binocular: Dx Patologia:

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

Notas: Usa 2 pares de gafas, solo trae las de ver de cerca OD +9,00; OI +7,00, Se receomidan el uso de la corrección permanetentemente

CLÍNICA SALUD PROTECCIÓN IPS

Cra 11 # 5 - 41 B/ Valencia
Teléfonos: 8 323288-3137477007
www.saludproteccion.com.co - saludproteccion1@gmail.com

Nombre	:	**LILIANA FERNANDEZ PIAMBA**
Identificación	:	34545287
Edad	:	59 años
Entidad	:	Clínica Salud Protección
Fecha toma de muestra	:	Enero 15/2025
Fecha informe de muestra	:	Enero 15/2025

EXAMENES SOLICITADOS		RESULTADO		V. REFERENCIA
Glicemia Basal	:	97	mg/dl	50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION POR EL MEDICO EXCLUSIVAMENTE.

Carmen Elisa Fuenteria P.
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD JAVERIANA
RM Nº 3826

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cauca

Datos del paciente

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cauca

CEL: 3117333333
DIRECCIÓN: CR 6# 5N - 33 B/BOLIVAR

NOMBRE Y APELLIDO: Liliana Fernandez P.
IDENTIFICACIÓN: 34545287

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación	Lote N°	Firma y Sello
Hepatitis A	1a			
	2a			
Hepatitis B	1a			
	2a	21-03-23	2205009LLA	Carina.
	3a	15-01-25	0343[illegible]	[illegible]
Influenza	1a			
	2a			
Varicela	1a			
	2a			
MMR	1a			
	2a			

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación	Lote N°	Firma y Sello
Fiebre Amarilla	1a			
Tétano	1a			
	2a			
	3a			
	4a			
	5a			
Otras				