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) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 115.555

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

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	PARTICULARES

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MANUEL ALEJANDRO PEÑA SANDOVAL	Masculino	31 años	CC (Tipo)	1.061.745.326 (Número)

Cargo
ADMINISTRATIVO

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

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO / EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL*

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:

PAQUETE OPTOMETRICO	✓	PRUEBA PSICOTECNICA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPIDICO MAS GLICEMIA	✓
HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	✓	.....	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 2A 3 HORAS	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN : EN SST	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES, AL MOMENTO ASINTOMÁTICO *** SE RECOMIENDA SEGUIR ESQUEMA DE VACUNAS COVID 19 SEGUN SE REQUIERA
- OPTOMETRIA 15/1/24 TRASTORNO DE REFRACCION EL CUAL REPORTA USO DE GAFAS SE DEBE SEGUIR CONTROL ANUAL DE OPTOMETRIA
- PSICOTECNICA 15/1/24 . APROBADO . CUENTA CON COMPETENCIAS REQUERIDAS
- EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL
- PARACLINCOS 15/1/24 HEMOGRAMA . PERFIL LIPIDICO . GLICEMIA NORMAL PARA ELCARGO
- ENFASIS CARDIOVASCULAR M FRAMINGAN RIESGO BAJO .

NIEGA ACCIDENTES O ENFERMEDAD DE PRESUNTO ORIGEN LABORAL

**EN CASO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS O CONTACTO ESTRECHO CON CASO CONFIRMADO O SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD PANDEMICA INFORMAR OPORTUNAMENTE Y USO DE EPP
**

RECOMENDACIONES PARA TRABAJADOR SE DEBE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ANTES Y DURANTE EL TRABAJO EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y CUIDADO DE COLUMNA, SE DEBE UTILIZAR EPP SIEMPRE QUESEA NECESARIO , SE EDUCA EN HÁBITOS SALUDABLES , DEBE HACER DEPORTE 4 VECES POR SEMANA , Y TENER UNA DIETA SALUDABLE RICA EN FRUTA VERDURAS BAJA EN GRASA Y AZUCARES.
***

PARA LA EMPRESA, PROPICIAR UN BUEN AMBIENTE LABORAL , VIGILAR Y EDUCAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITAR SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES , EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DE ESTAS DEBE INFORMAR DE MANERA OPORTUNA A SU ARL , // ACATAR MEDIDAS DISPUESTAS PARA MANEJO DE LA PANDEMIA

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Md. Ricardo Garzon Lopez
Esp. Salud Ocupacional
Res. 10780.. Reg. 66509

Firma:

Nombre: GARZON LOPEZ RICARDO

R. M.: 66509 L.S.O.:

Código de Seguridad
N670T1Z115555

Aspirante o Trabajador

Firma:

Firmado digitalmente por Manuel Alejandro Peña

Nombre.

CC:

Software para el sector salud - www.bofile.c

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

Ficha de Evaluacion Ocupacional

comfacauca IPS

Fecha: 15-01-2024 Nombre: Manuel Alejandro Peña Sandoval ID:1.061.745.326 Edad:31 A Sexo Tel:

Entidad: SENA Area de Trabajo: Cargo: Instuctor

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

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

Visión del Color: Normal Visión Binocular Foria VL:

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☐ AVVPCC A.V OD: 1.25M A.V OI: 1.25M A.V AO: 1.25M Stereopsis: 60 Seg VB Foria VP:

Rx OD: Vp +2,00 0.50M Rx OI: Vp +2,00 Av OI: 0.50M Add OD: Av:

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

Gafa Recomendada: Monofocal

Presión Intra Ocular:

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

Dx Refractivo: Presbicie Dx Vision Binocular: Dx Patologia:

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

Notas: No trae la gafa que usa. Se recoeminda el udo de la gafa en Vp



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Este Carné es valido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MI Y POR COLOMBIA YO ME VACUNO

Universidad del Cauca

Ministerio de Protección Social
Centro Universitario en Salud
Certificado de Vacunación de Adulto

Nombres: Manuel Alejandro

Apellidos: Piña.

Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 1001745526

Fecha de Nacimiento: _____

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Unica	24-03-12	012K005HG Ecl.	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	13		
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	23-08-11	Lot: 735/10	Manuel
	2	Cita el 10 de Octubre		
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	10-09-11	65202	20 años	
Contra Influenza				
Otras				

Powered by CamScanner

Clínica Colsanitas

31205634

Petición No	31205634	Fecha de ingreso	12-mar.-2024 07:03 a. m.
Paciente	PEÑA SANDOVAL MANUEL ALEJANDRO	Fecha de impresión	12-mar.-2024 12:45 p. m.
Documento Id	CC 1061745326	Sede	LABORATORIO CENTRO MEDICO DIAGNOSTICO SANT
Fecha de nacimiento	31-ene.-1992	Servicio	CONSULTA EXTERNA
Edad	32 Años Sexo M	Empresa	EPS SANITAS SIN VALE
Dirección	CRA 15 1N20	Médico	CENTRO MEDICO SANTA CLARA EPS SANITAS
Télefono	3007780658		

Exámen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
QUIMICA				
COLESTEROL TOTAL	211.70	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGUN LA NCEP ATP III - 2001				
Optimo : Menor de 200 mg/dl Intermedio Alto : Entre 200 - 239 mg/dl Alto : Mayor o igual a 240 mg/dl				
Fecha Validación: 12-03-2024 11:43 a. m.				
COLESTEROL HDL	45.90	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001				
Bajo : Menor de 40 mg/dl Alto : Mayor o igual a 60 mg/dl				
Fecha Validación: 12-03-2024 11:43 a. m.				
TRIGLICERIDOS	133.80	mg/dl		
Método: Colorimétrico Enzimático				
** VALORES DE REFERENCIA SEGÚN LA NCEP ATP III - 2001				
Normal : Menor de 150 mg/dl Intermedio Alto : Entre 150 - 199 mg/dl Alto : Entre 200 - 499 mg/dl Muy Alto : Mayor o igual a 500 mg/dl				
Fecha Validación: 12-03-2024 11:43 a. m.				
GLICEMIA	90.50	mg/dl	70	100
Método: Enzimático				
Fecha Validación: 12-03-2024 11:43 a. m.				

Firma Responsable

Ana Carolina Paz M.

Ana Carolina Paz Muñoz
CC.1053787630
Bacterióloga

SEDE DE PROCESAMIENTO: LABORATORIO POPAYAN
RAZÓN SOCIAL: CLINICA COLSANITAS S.A.

Este Carné es valido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MI Y POR COLOMBIA YO ME VACUNO

Universidad del Cauca

Ministerio de Protección Social
Centro Universitario en Salud
Certificado de Vacunación de Adulto

Nombres: Manuel Alejandro

Apellidos: Peña.

Documento de Identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 1061745326

Fecha de Nacimiento: _____

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Unica	24-03-12	0121	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	13		
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	23-08-11		
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarillo	05 10 2011	6S202	20 años	
Contra Influenza				
Otras				