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° 89.150

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	01 MES	2023 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)

SAMBONI CRUZ AMPARO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	53 AÑOS 5 MESES 20 DÍAS	CC	48645064
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 EL CARGO A CONTRATAR. SIN RESTRICIONES . TIENE RECOMENDACIONES ESPECIFICAS.*

APTO	CUMPLE REQUISITOS EN SALUD PARA MANIPULACIÓN DE 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
CONTINUAR MANEJO MÉDICO . SE HACE PARTICULAR ENFASIS EN: LA APLICACION ESTRICTA DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESPECIFICAMENTE EN LO RELACIONADO CON LA PREVENCION DEL COVID -19 TANTO DENTRO COMO FUERA DE SU JORNADA LABORAL.	USO DE EPP : SE LE RECOMIENDA DE MANERA ESPECIAL EL USO DE LOS E.P.P. LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS , POSTURAS ERGONOMICAS Y ADECUADO MANEJO DE CARGAS. EVITAR ACTOS INSEGUROS QUE PUEDAN CAUSAR UN ACCIDENTE LABORAL.	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : EVALUACION EN EU EPS: DE PERFIL LIPIDICO. CONTINUAR PLAN DE MANEJO ACTUAL MANGUITO ROTADOR DERECHO.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADORA EVALUADA PARA EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO, EVIDENCIANDOSE BUEN ASPECTO GENERAL. PRESENTA CONDICION CLINICA DE ORIGEN COMUN NO ASOCIADA A RESTRICCIONES LABORALES PREVIAS. NO PATOLOGIA DE ORIGEN LABORAL. NIEGA COVID 19 NI SINTOMAS SUGESTIVOS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. VACUNA COVID-19: SI 3 DOSIS. PARACLINCOOS EVALUADOS: VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, GLICEMIA, PERFIL LIPIDICO. COPROLOÓGICO, KOH UÑAS, FROTIS DE GARGANTA

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.

EXAMEN OPTOMETRÍA

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
NIT: 900170994

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	23/04/2024 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	SEGUIMIENTO
Paciente:	AMPARO SAMBONI CRUZ	**Identificación:**	48645064
Género	FEMENINO **Edad:** 54	**Teléfono**	**Móvil:** 3132388779
Fecha Nacimiento:	28/07/1969	**Cargo:**	CONTRATISTA INSTRUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CALLE 56N 10-211	**Escolaridad:**	MAESTRIA
Empresa	SENA- CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-CAUCA		

EVALUACIÓN

Usa Computador : S **Horas al día : 8 H** **Iluminación Artificial :** S **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0

Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N **¿Cuales? :** NO

Accidentes oculares: NO

Antecedentes Personales: NO

Sintomatología : NO

Cirugía ocular : N NO

Usa Corrección S NO

PERMANENTES **¿Gafas? :** S **¿Lentes de Contacto?** N

Agudeza Visual

Visión Lejana	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 40**	**Ambos: 20/ 40**	**Izquierdo: 20/ 40**	
	Con Corrección:	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**	
Visión Próxima	**Sin Corrección**	**Derecho: 20/ 40**	**Ambos: 20/ 40**	**Izquierdo: 20/ 40**	
	Con Corrección	**Derecho: 20/ 20**	**Ambos: 20/ 20**	**Izquierdo: 20/ 20**	
Lensometría	**Izquierdo :**		**Derecho :**		**ADD :**

Examen Externo: PINGUECULA OI

Examen Motor: NORMAL

Oftalmoscopia: NORMAL

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: NORMAL

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: +2.00-0.75*0 - OI: +2.00-0.75*0

Subjetivo OD: - AV: 0 - Subjetivo OI - AV: 0

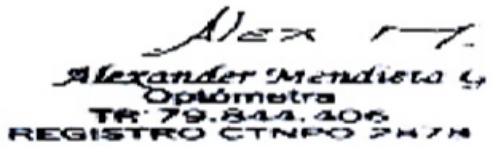
Cie10: HIPERMETROPIA-H520
Cie10: ASTIGMATISMO-H522
Cie10: PRESBICIA-H524
Recomendaciones: CONTROL ANUAL GAFAS PERMANENTES PRESBICIE

Diagnóstico: HIPERMETROPIA ASTIGMATISMO PRESBICIE

Concepto: OPTOMETRIA CON ALTERACION

Formula Final: OD: +2.00-0.75*0 OI: +2.00-0.75*0
ADD : +2.00 **Distancia Pupilar :** NA
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : 1 Remitido: -

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE



ALEXANDER MENDIETA GONZALEZ	-	AMPARO SAMBONI CRUZ	48645064
Profesional		Firma y cédula del Paciente	

EXAMEN AUDIOMETRÍA

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 23/04/2024 BOGOTA D.C
Paciente: AMPARO SAMBONI CRUZ
Género FEMENINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 28/07/1969
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CALLE 56N 10-211
Empresa SENA- CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-CAUCA

Tipo de Examen: SEGUIMIENTO
Identificación: 48645064
Teléfono **Móvil:** 3132388779
Cargo: CONTRATISTA INSTRUCTOR
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: MAESTRIA

ANTECEDENTES LABORALES

EMPRESA	CARGO	EXPOSICION A RUIDO	PROTECCION AUDITIVA	TIEMPO
SENA	INSTRUCTOR	NO	NO	19 AÑOS 6 MESES

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. OYE EN CONVERSACIÓN CORRIENTE	N	
2. TRASTORNO DE EQUILIBRIO	N	
3. TRASTORNO DE LENGUAJE	N	
4. ACUFENOS	N	
5. OTORREA	N	
6. TRAUMAS	N	
7. CIRUGIAS	N	
8. DOLOR O.D. O.I.	N	
9. OTITIS	N	
10. EXP. EXTRALABORAL	N	
11. UTILIZA MEDICAMENTOS OTOTOXICOS	N	
12. PRESENTA ANTECEDENTES CONGENITOS	N	
13. OTROS	N	

ANTECEDENTES EXTRALABORALES

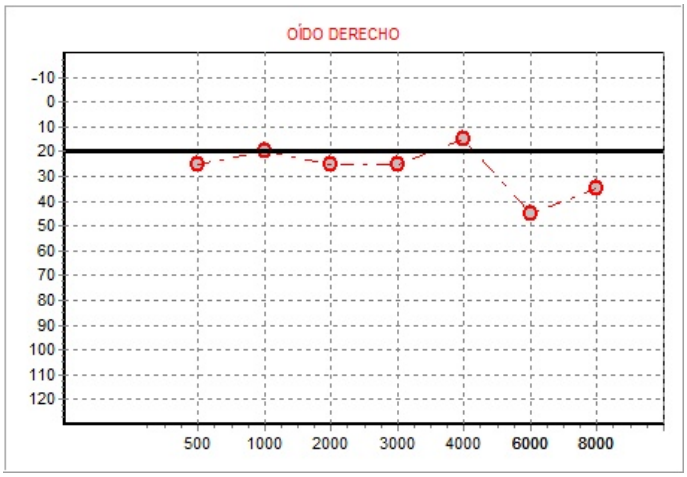
ANTECEDENTE	HALLAZGO	OBSERVACIONES
1. POLIGONO	N	
2. MUSICA CON AUDIFONOS	N	
3. MUSICA A ALTO VOLUMEN	N	
4. BUCEO	N	
5. MOTO	N	
6. TEJO	N	
7. OTROS.	N	

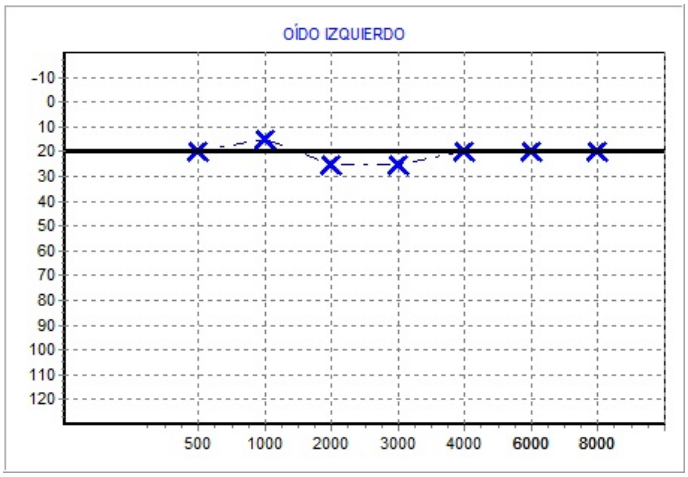
EVALUACIÓN

EQUIPOS QUE MANEJA No Aplica
MATERIAS PRIMAS E INSUMOS No Aplica
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL No Aplica
REPOSO AUDITIVO: S **FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN: -**
OTOSCOPIA OI: NORMAL
OTOSCOPIA OD: NORMAL

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

AUDIOGRAMA





CONCLUSIONES

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

OD: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 8000- DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 6000- OI: AUDICION NORMAL
PTA OIDO DERECHO: 23.75 - Audición Normal PTA OIDO IZQUIERDO: 21.25 - Audición Normal

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. EVITAR EL USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS, ALTERNAR TELEFONO O AURICULARES ENTRE LOS DOS OIDOS, EVITAR USO DE COPITOS EN CONDUCTO AUDITIVO

CONCEPTO: Normal

AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

GATISST: OD: DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA(S): 8000- DESCENSO MODERADO EN FRECUENCIA(S): 6000- OI: AUDICION NORMAL

EQUIPO Y FECHA CALIBRACIÓN:

Leidy K. Garcia
Fonoaudiologa
Esp. S.O. - U.M.B.
T.P. 14-03134 - RES. 25-[illegible]27

LEIDY KARINA GARCIA BERNAL T.P: 14-03134
Profesional

AMPARO SAMBONI CRUZ 48645064
Firma y cédula del Paciente

LABORATORIO VEJARANO

07038399

LABORATORIO LORENA VEJARANO SAS. NIT: 900435146-9
Sede Procesamiento: Carrera 5A # 10N-09. Popayán
Sede ingreso: Carrera 9 # 73AN 200 nort CC Terraplaza Popayán
Desde tu celular: 6028353815
WWW.LORENAVEJARANO.COM

FELIZ NAVIDAD Y PROSPERO AÑO NUEVO

Nombre	: AMPARO SAMBONI	**Referencia**	: 07038399
Documento	: 48645064	**Edad/Sexo**	: 55 / F
Remite	: NA	**Fecha de Nacimiento**	: 28/07/1969
Empresa	: PROMO VECINO-10% DESCUENTO VOLANTES	**Fecha de Ingreso**	: 2025-01-27 08:16:20
Dirección	: CALLE 56 N 10-21 VILLA DEL VIENTO	**Fecha Toma**	: 2025-01-27 08:16:20
Telefono	: 3132388779	**Fecha Impresión**	: 2025-01-27 15:59:06.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

EXAMEN MACROSCOPICO	
Color	**Café**
Consistencia	**Blanda**
EXAMEN MICROSCOPICO	
Fibra Muscular	**+**
Fibra Vegetal	**+**
EXAMEN PARASITOLOGICO:	
RESULTADO:	**NO SE OBSERVAN PARASITOS INTESTINALES.**
FLORA BACTERIANA	**NORMAL**

Fecha/Hora Validación: 27/01/2025 3:35:01 p. m.
Tipo de Muestra: Materia fecal

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

GRAM	**FLORA MIXTA NORMAL DEL TRACTO RESPIRATORIO MODERADA** **REACCION POLIMORFONUCLEAR MODERADA**

Fecha/Hora Validación: 27/01/2025 3:43:56 p. m.
Tipo de Muestra: NA

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

RESULTADO	**NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS MICOTICAS**
Muestra	**ESCAMAS DE UÑAS**

Fecha/Hora Validación: 27/01/2025 3:43:42 p. m.
Tipo de Muestra: NA

YANETH PATRICIA MORALES SARMIENTO
BACTERIÓLOGA T.P: 05329

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Para verificar este documento, escanee el código QR o ingrese a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 07038399

URL : https://bit.ly/45LoVMY

LABORATORIO LORENA VEJARANO SAS. NIT: 900435146-9
Sede Procesamiento: Carrera 5A # 10N-09. Popayán
Sede ingreso: Carrera 9 # 73AN 200 nort CC Terraplaza Popayán
Desde tu celular: 6028353815
WWW.LORENAVEJARANO.COM

ISO 15189 - 2012
18-LCL-002

07038399

FELIZ NAVIDAD Y PROSPERO AÑO NUEVO

Nombre	: AMPARO SAMBONI	**Referencia**	: 07038399
Documento	: 48645064	**Edad/Sexo**	: 55 / F
Remite	: NA	**Fecha de Nacimiento**	: 28/07/1969
Empresa	: PROMO VECINO-10% DESCUENTO VOLANTES	**Fecha de Ingreso**	: 2025-01-27 08:16:20
Dirección	: CALLE 56 N 10-21 VILLA DEL VIENTO	**Fecha de Toma**	: 2025-01-27 08:16:20
Telefono	: 3132388779	**Fecha Impresión**	: 2025-01-27 15:59:06.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA

INMUNOQUIMICA

GLICEMIA

Resultado:	**98**	mg/dl	Recien nacidos: 30 - 60 mg/dl Recien nacidos 1 dia: 40 - 60 mg/dl Recien nacidos >1 dia: 50 - 80 mg/dl Niños: 60-100 mg/dl Adultos: 70-105 mg/dl > de 60 años: 80-115 mg/dl > de 70 años: 83-110 mg/dl

Técnica : Colorimétrica

Fecha/Hora Validación: 27/01/2025 2:40:57 p. m.
Tipo de Muestra: Suero

Este examen fue procesado en sede con alcance acreditado

VIVIANA ANDREA IACOME MORILLO
BACTERIÓLOGA T.P: 07086

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Para verificar este documento, escanee el código QR o ingrese a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: MDcwMzgzOTk=

URL : https://bit.ly/45LoVMY