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° 139.491

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 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)				
	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JIMENEZ ANACONA ANGELA MARCELA	FEMENINO	35 AÑOS 1 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1032435038 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES*

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 : USO DE GAFAS FORMULADAS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 2A 3 HORAS	HACER DEPORTE : 3A4 VECES POR SEMANA
	CAPACITACIÓN : EN SST	DIETA BALANCEADA : PLATO SALUDABLE SEGUN OMS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES **
*/ ANTECEDENTE DE LEVE DEFECTO REFRACTIVO CORREGIDO ADECUADAMENTE - USA GAFAS - SE DEBE SEGUIR CONTROL ANUAL DE OPTOMETRIA
/* NIEGA ACCIDENTES O ENFERMEDAD DE PRESUNTO ORIGEN LABORAL

****EN CASO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS O CONTACTO ESTRECHO CON CASO CONFIRMADO O SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA 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

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.

Scanned with CamScanner

Médico

Md. Ricardo Garzon Lopez
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 10280 - Reg. 66509

Firma:

Nombre: GARZON LOPEZ RICARDO

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

Código de Seguridad
J670P1V139491

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: JIMENEZ ANACONA ANGELA MARCELA

CC: 1032435036

Software para el sector salud - www.biofile.c

Scanned with CamScanner

#1.

CERTIFICADO VISUAL

FECHA: 15 | 01 | 24

NOMBRE: Angela Marcela Jimenez

CÉDULA: 1.032.435.058

TELÉFONO: 3107504737

DIRECCIÓN: Cra 10 # 6N-05 · Santa Clara

OCUPACIÓN: Instructura Sena

EDAD: 34

Sus lentes

TIENDA ÓPTICA

NIT 1.061.722.563-6

ANTECEDENTES:

Personales: Pte. Sano No Medicado

Familiares: Diego

Oculares: Usuario de Rx

Motivo de la consulta: Me Solicitan examen de Ingreso laboral

AGUDEZA VISUAL:

Visión Lejana:

OD	
OI	
AO	

Visión Próxima:

OD	
OI	
AO	

LENSOMETRÍA:

OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD	AV
DERECHO	-025	-150	90		20/20
IZQUIERDO	-050	-175	90		

Examen Externo: Normal AO

Examen Motor: Normal AO

Oftalmoscopia: Fondo de ojo aparentemente sano

Test de Color: Normal AO

Test de Estereopsis: NST

REFRACCIÓN:

OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE	AV
DERECHO	-025	-150	90	20/20
IZQUIERDO	-050	-175	90	20/20

RX FINAL:

OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD	AV
DERECHO	-025	-150	90		20/20
IZQUIERDO	-050	-175	90		20/20

Conducta: Continuar con Rx en uso | Control Anual

Remisión:

Dra. Diana Reina
Optometra U. de la Salle
Reg. 1.032.422.740

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacterióloga

Nombre	:	**ANGELA MARCELA JIMENEZ ANACONA**
Identificación	:	1032435038
Edad	:	35 años
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Enero 23/2025
Fecha informe de muestra	:	Enero 23/2025

PERFIL DE LIPIDOS

COLESTEROL TOTAL: 169 mg/dl
Valor ideal : menor de 200

COLESTEROL HDL: 53.7 mg/dl
Hombres y mujeres postmenopáusicas: Mayor de 35
Mujeres premenopáusicas: Mayor de 45

COLESTEROL LDL: 90.5 mg/dl
Valor ideal: hasta 100

V. L. D. L.: 24.8 mg/dl
Referencia: 20 a 30

TRIGLICERIDOS: 124 mg/dl
Valor ideal: menor de 200

INDICE ARTERIAL: 3.15
Normal hombres: 3.8 a 5.9
Normal mujeres: 3.1 a 4.6

RELACION C-LDL/C-HDL: 1.69
Riesgo alto: > 5
Riesgo medio: 3 - 5
Riesgo bajo: < 3

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.



LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacterióloga

Nombre	:	**ANGELA MARCELA JIMENEZ ANACONA**
Identificación	:	1032435038
Edad	:	35 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	:	75	mg/dl	50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.



Carrera 8a. No. 2 - 44 Edificio Hormaza Apto 101 Tel.: 8240289
Calle 15N No. 2 - 256 Centro Médico Quirúrgico Tels.: 8237103 - 8239649 - 8239908 Celular: 320 295 2631

informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

HELLEN JOHANNA GALINDO G
Fonoaudiologa U Nacional
Especialista en Salud Ocupacional
Res. 2852 de 29/06/2022

HELLEN JOHANNA GALINDO GUERRERO

RM: 52200885

Firma y sello del médico evaluador

ANGELA MARCELA JIMENEZ ANACONA

CC 1032435038

Firma del trabajador evaluado

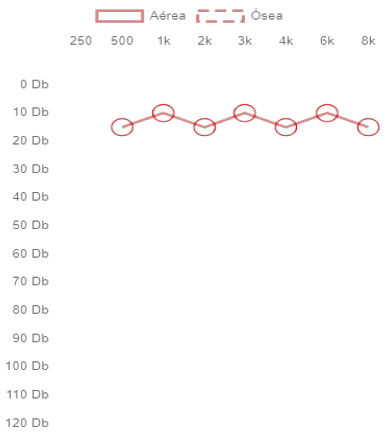


SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO VEJARANO

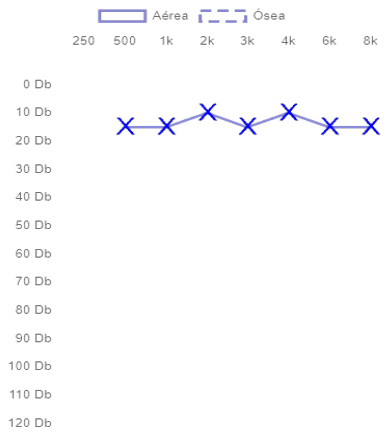
AUDIOMETRIA

Fecha de impresión: 2024/01/15
www.laboratoriovejarano.com

AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO



AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO



AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				15			10			15			10			15			10			15		
OI				15			15			10			15			10			15			15		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

INTERPRETACION

PTA OD (500, 1K, 2K y 3K)	12.5
PTA OI (500, 1K, 2K y 3K)	13.75

ANALISIS COMPARATIVO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición
OBSERVACIONES	AUDICION NORMAL BILATERAL

RECOMENDACIONES

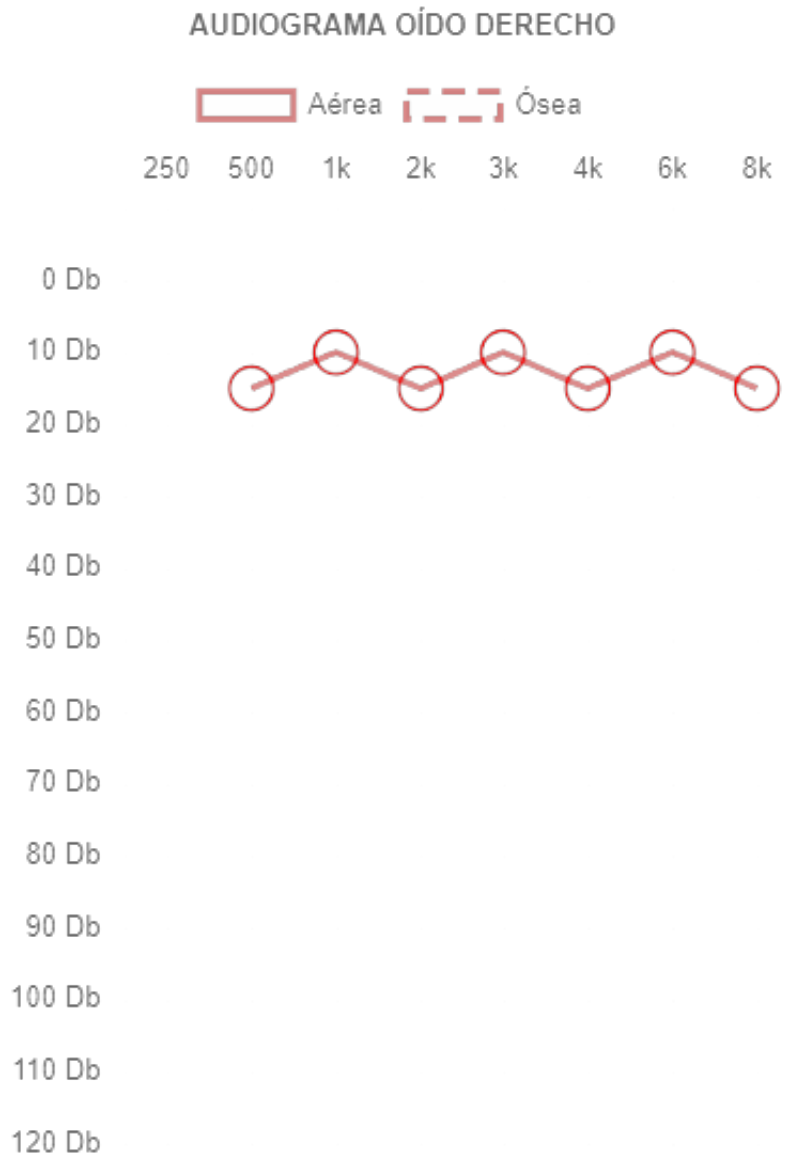
CONTROL AUDITIVO SEGUN P.V.E.	X
OTRO	SE RECOMIENDA PAUSAS AUDITIVAS DURANTE LA JORNADA CON EL USO DE AURICULARES.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me

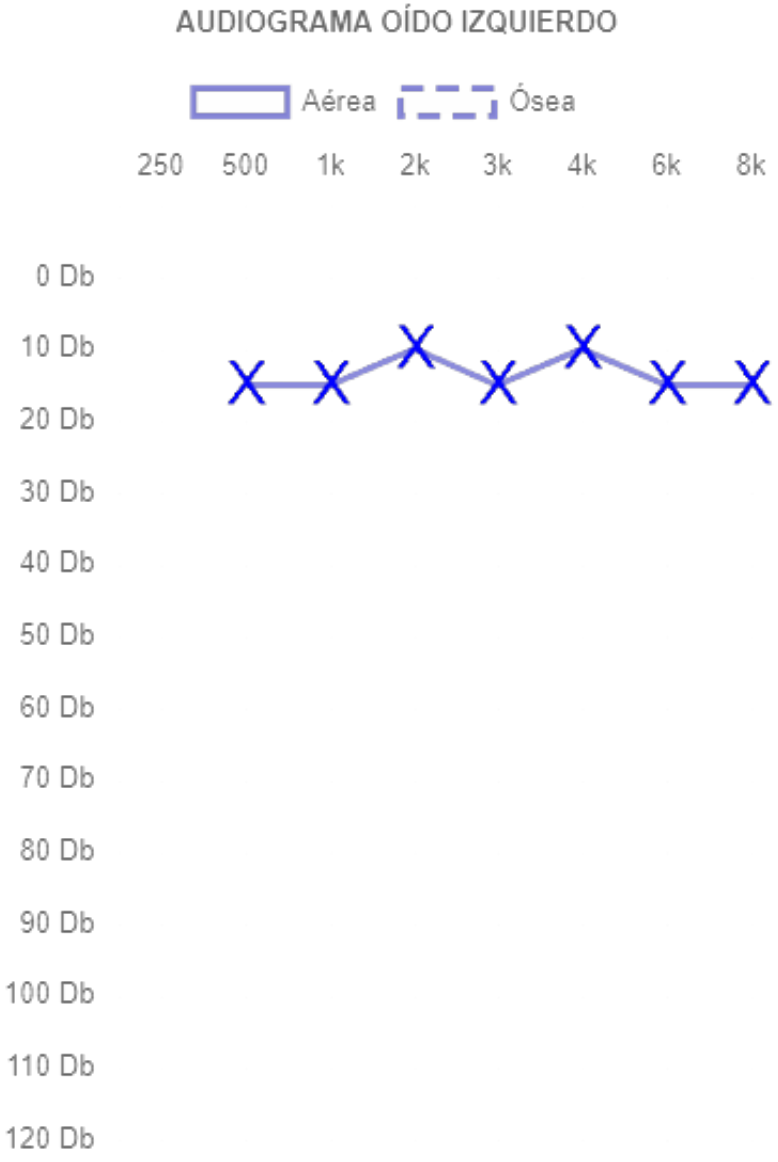
SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO VEJARANO

Imagenes anexas



SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO VEJARANO

Imagenes anexas



OTROS	NO REFIERE
VIBRACION CONTINUA	NO

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

USO DE AUDIFONOS PERSONALES	NO
DISCOTECA (CADA 8 DIAS)	NO
INSTRUMENTOS MUSICALES	NO
MOTOCICLISMO	NO
SERVICIO MILITAR	NO
JUGAR TEJO	NO
POLIGONO	NO
USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO	NO
OTROS	NO

ANTECEDENTES MEDICOS

CONSUMO DE CIGARRILLO	NO
DIABETES	NO
ENFERMEDADES AUTOINMUNES (ARTRITIS REUMATOIDES, LES)	NO
EXPOSICION A EXPLOSIONES	NO
EXPOSICION A QUIMICOS	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
HIPOTIROIDISMO	NO
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	NO
TUMORES S.N.C.	NO
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	NO
TUBERCULOSIS	NO
OTROS	NO

OTOSCOPIA

PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL
PABELLON AURICULAR - OI	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OI	NORMAL
TAPON CERUMEN - OD	NO
TAPON CERUMEN - OI	NO
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO
PERFORACION TIMPANICA - OI	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OD	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OI	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OD	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OI	NO
SUPURACION - OD	NO
SUPURACION - OI	NO
CUERPOS EXTRANOS - OD	NO
CUERPOS EXTRANOS - OI	NO

EQUIPO

USO DE CABINA	X

AUDIOGRAMA

SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO VEJARANO

AUDIOMETRIA

Fecha de impresión: 2024/01/15
www.laboratoriovejarano.com

TIPO DE EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR **FECHA EXAMEN:** 2024-01-15 08:53:41

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos: ANGELA MARCELA JIMENEZ ANACONA
Identificación: CC **Número:** 1032435038
Fecha de Nacimiento: 1989-12-19 **Edad:** 34
Género: F **RH:** O +
Estado civil: Soltero **Escolaridad:** Universitario
Dirección: CRA 10 6N05 STA CLARA **Teléfono:** 3107504737
Acompañante: **Tel. Acompañante:**
Empresa: PCA **Cargo:** INSTRUCTORA

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

JORNADA DE TRABAJO	NO REFIERE
EXPUESTO A RUIDO	NO REFIERE

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1

TIPO	NO APLICA

EMPRESA 2

TIPO	NO APLICA

EMPRESA 3

TIPO	NO APLICA

ANTECEDENTES AUDITIVOS

CUESTIONARIO AUDITIVO

OYE BIEN	SI
ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS AUDITIVOS	NO REFIERE
LE HAN PRACTICADO ALGUNA VEZ AUDIOMETRIA	SI
RESULTADO	NORMAL
FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA	2008

PERSONALES

CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE
HIPOACUSIA	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	NO REFIERE
MENINGITIS	NO REFIERE
OTALGIA	NO REFIERE
OTITIS	NO REFIERE
OTORRAGIA	NO REFIERE
OTORREA	NO REFIERE
OTOTOXICOS	NO REFIERE
PARALISIS FACIAL	NO REFIERE
PAROTIDITIS	NO REFIERE
PRURITO	NO REFIERE
RINITIS	NO REFIERE
SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA	NO REFIERE
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE
SINUSITIS	NO REFIERE
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO REFIERE
TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)	NO REFIERE
TINITUS - ACUFENOS	NO REFIERE
VERTIGO	NO REFIERE