CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA: *INDEPENDIENTE*	**CIUDAD:** *Valledupar*	**FECHA:** *23/07/2025*

DATOS DEL TRABAJADOR			
NOMBRE Y APELLIDO:	*Catalina Del Carmen Orozco Jiménez*		**CC:** *26.671.405*
CARGO:	*Contratista e Independiente*	**SEXO:** *femenino*	**EDAD:** *45 Años*

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

PREINGRESO: [X] **PERIODICO:** [ ] **RETIRO:** [ ] **REINTEGRO:** [ ] **POST INCAPACIDAD:** [ ]

RIESGO OCUPACION EXPUESTO

***Biomecánicos**: Posturas (X) Esfuerzos (X) Movimientos Repetitivos ( ) Manipulación Manual de Cargas ( ).*
***Físico**: Ruido ( )Iluminación ( ) Tp extrema ( ) Radi no Ionizantes(X) Radiaciones Ionizantes ( ) vibración ( )*
***Químico:** Polvo (X) Fibras ( ) Líquidos ( ) Gases y Vapores ( ) Humos (X) Material Particulado ( ).*
***Biológico:** Virus (X) Bacterias ( ) Hongos ( ) Mordeduras ( ) Picaduras (x).*
***Otros:** Condiciones de Seguridad (X) Fenómenos Naturales (x) Psicosocial (X) Accidentes de tránsito ( )*

PARACLINICOS REALIZADOS

❖ *Visiometría: N/A*	❖ *Hemograma: N/A*
❖ *Audiometría: N/A*	❖ *Uroanálisis: N/A*
❖ *Énfasis osteomuscular: Sin alteraciones*	❖ *Perfil lipídico: N/A*
❖ *Espirometría: N/A*	❖ *Glicemia: N/A*
❖ *Prueba psicosensometrica: N/A*	
❖ *KOH uñas: N/A*	❖ *VDRL: N/A*
❖ *Frotis faríngeo: N/A*	❖ *HPB: N/A*
❖ *Coprológico normal: N/A*	❖ *EKG: N/A*

RECOMENDACIÓN	**RESTRICCIONES**
✓ *Actividad física diaria minino 30 min al día* ✓ *Dieta balanceada* ✓ *Pausas activas cada 2 horas*	➢ *No presenta restricciones*

CONCEPTO FINAL DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO [X] **PRESENTA RESTRICCIONES** [ ] **APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS** [ ]
APLAZADO [ ] **APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINAFOS** [ ]

26671405	Sharles Liñan Bernal MEDICO ESP. S.S.T. Universidad Libre de Barranquilla R.M. 1065623866 - Resol. 0933 /2019
FIRMA DEL TRABAJADOR	**FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL**

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com

EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 39,726

Fecha: 30/07/2025 **Municipio:** VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) **CC:** 26671405 **Nombre:** OROZCO JIMENEZ CATALINA DEL CAR **Edad:** 45 AÑOS 1
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** APOYO ADMINISTRATIVO **Empresa:** PARTICULARES
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** AUDIOMETRIA **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: SANTA MARTA **Motivo Consulta:** EXAMEN DE INGRESO

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 20	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 20	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: CC: 35497258 - PAULINA PEREZ
R. M.: 11370 **L.S.O.:**

PACIENTE

Firma:
Nombre: OROZCO JIMENEZ CATALINA DEL CARMEN
CC: 26671405

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com

AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 32027**

Fecha: 30/07/2025 **Ciudad:** VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA)
Tipo Exámen: AUDIOMETRIA **Eps:**
CC: 26671405 **Nombre:** OROZCO JIMENEZ CATALINA DEL CARMEN **Edad:** 45 AÑOS 11 **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 03/08/1979 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** APOYO ADMINISTRATIVO

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
INDEPENDIENTE	ADMINISTRATIVO	NINGUNA	NO APLICA	20	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		

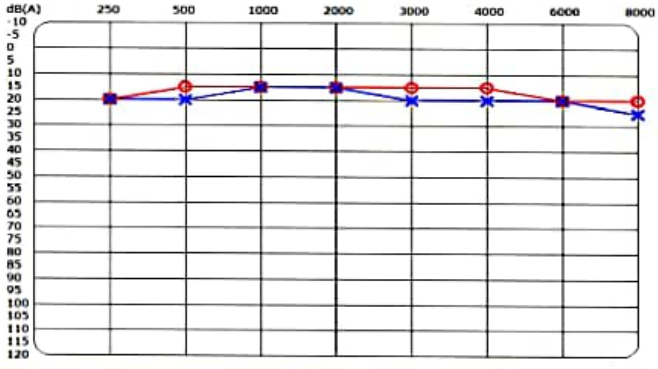
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	SI	AUDÍFONOS	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: MAICO 41 **F. Ultima Calibración:** 2023-07-14

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	20	15	15	15	15	15	20	20
VAOI	20	20	15	15	20	20	20	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	Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Luz Marina Contreras Pinto
TERAPEUTA DE LENGUAJE

Firma:
Nombre: CC: 49738636 - LUZ MARINA CONTRERAS
R. M.: 2-C-82 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: OROZCO JIMENEZ CATALINA DEL CARMEN
CC 26671405

26671405