O POSITIVA SALUD INTEGRAL TULUA SAS
Nit: 900.992.619-9

Dirección: CRA 37 25 31
Cel: 317 749 7294 Tel: 2 343 343
Correo: prestadoraopositiva@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Tulua valle del cauca

Cr 4 # 11-70 barrio el centro
Cel: 3114068656 - Tel: 2343343
Correo: opositivaandalucia@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Andalucia -valle del cauca



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 21.912

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	02 MES	2025 AÑO	TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULARES CONTADO	**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)

AMARILES SALAZAR MAURICIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	39 AÑOS 10 MESES 18 DÍAS	CC	14801025
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS MUSCULOESQUELETICO.. CARDIOVASCULAR .. NEUROLOGICO Y PSICOSOCIAL DE INGRESO*

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:

GLICEMIA	✓	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	AUDIOMETRIA	✓
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL	✓	TEST DE LA VOZ	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

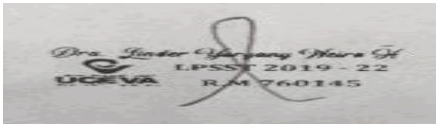
EXAMEN MEDICO LABORAL FAVORABLE SIN RESTRICCION PARA DESEMPEÑAR LA LABOR ASIGNADA

REALIZAR PAUSAS DE HIGIENE VOCAL
CONTROL AUDITIVO 1 AÑO
USAR PROTECCION AUDITIVA

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.

Médico

Firma:



Nombre: NEIRA HERRERA LINDER YORYANY

R. M.: 760145 **L.S.O.:** LPSST 2019-22

Código de Seguridad

F1132L1R21912

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: AMARILES SALAZAR MAURICIO

CC: 14801025



O POSITIVA SALUD INTEGRAL TULUA SAS
Nit: 900.992.619-9

Dirección: CRA 37 25 31
Cel: 317 749 7294 Tel: 2 343 343
Correo: prestadoraopositiva@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Tulua valle del cauca

Cr 4 # 11-70 barrio el centro
Cel: 3114068656 - Tel: 2343343
Correo: opositivaandalucia@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Andalucia -valle del cauca

Código de Seguridad
M1132S33Y31177



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 31177

Municipio: ANDALUCÍA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** jueves, 6 de febrero de 2025 07:50:16 a.m.

Nombres y Apellidos: AMARILES SALAZAR MAURICIO **CC:** 14801025 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 20/03/1985 **Edad:** 39 AÑOS 10 MESES 18 DÍAS **Entidad:** PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

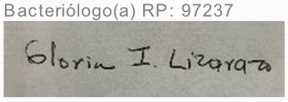
PERFIL LIPÍDICO

PERFIL LIPIDICO

		Valor de referencia
TRIGLICERIDOS	196 *mg/dL*	*Menor a 150 mg/dl*
COLESTEROL TOTAL	195.2 *mg/dL*	*Menor a 200 mg/dl*
LDL	107.8 *mg/dL*	*Menor a 100 mg/Dl*
HDL	48.2 *mg/dL*	*Menor a 40 mg/Dl*
VLDL	39.2 *mg/dL*	*2-30 mg/dl*

Nota:

Gloria Ines Lizarazo Giraldo
Bacteriólogo(a) RP: 97237

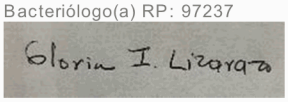


GLICEMIA

GLICEMIA PRE	*106. 7 mg/dL*	*Valor de referencia*	*70 a 100 mg/dL*

En ayuno

Gloria Ines Lizarazo Giraldo
Bacteriólogo(a) RP: 97237



O POSITIVA SALUD INTEGRAL TULUA SAS

Nit: 900.992.619-9

Dirección: CRA 37 25 31
Cel: 317 749 7294 Tel: 2 343 343
Correo: prestadoraopositiva@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Tulua valle del cauca

Cr 4 # 11-70 barrio el centro
Cel: 3114068656 - Tel: 2343343
Correo: opositivaandalucia@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Andalucia -valle del cauca



EXAMEN DE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 4,589**

Fecha: 06/02/2025 **Municipio:** TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **CC:** 14801025 **Nombre:** AMARILES SALAZAR MAURICIO **Edad:** 39 AÑOS 1
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR. **Empresa:** PARTICULARES
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 07/09/2023
Lugar del Último Examen: TULUA **Motivo Consulta:** EXAMEN DE MEDICO DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
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	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NO REVISADO**

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

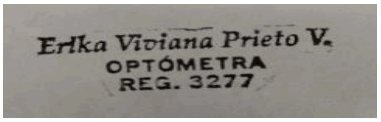
CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

EXAMEN VISUAL SIN ALTERACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA EL TRABAJO, SE RECOMIENDA EXAMEN VISUAL CADA AÑO

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: PRIETO VILLALBA ERIKA VIVIANA

R. M.: 3277 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

Y1132E3K4589

PACIENTE



Firma:

Nombre: AMARILES SALAZAR MAURICIO

CC: 14801025

ProWork	APOYOS DIAGNÓSTICOS	Código:
		Versión: 001
	TAMIZAJE DE LA VOZ	Fecha: 13/8/2018

Ciudad: Tulua Fecha: 6-2-25 Ingreso ☒ Periodico ☐ Egreso ☐

Empresa: O positiva SALUD INTEGRAL (SENA)

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos: AMARILES SALAZAR MAURICIO

N° de Identificación: 14001025 de Tulua Sexo: Masculino X Femenino

Fecha de Nacimiento: 20 MARZO 1985 Edad 39 Fecha Ingreso: Antigüedad:

Nombre del cargo a desempeñar: INSTRUCTOR Seccion: ARTICULACIÓN

2. ANTECEDENTE LABORALES

Empresa	Cargo	Tiempo	Seguimiento foniatrico
PERFUMERIA	APOYO PROFESIONAL	7 MESES	NO.

Exposicion Laboral: Ventilacion ☐ A.A ☒ Calefaccion ☐ Polvo ☐ Quimicos ☐ Higulene Vocal ☐

3. ANTECEDENTES, SINTOMAS, HABITOS:

Bebidas calientes ☐ Bebidas Frias ☐ Tabaco ☐ Licor ☒ Picante ☐ Dolor ☐ Irritacion ☐ Nodulos ☐ Cirugias ☐

Incapacidades por disfonia Si ☐ No ☒ Cuantas: Tratamiento Fonoaudiológico Si_ No_

4. CARACTERISTICAS ACUSTICO PERCEPUALES DE LA VOZ

Produccion Vocal	Normal	Debil	Fuerte	Tension Muscular Perilaringea	Tono			
Voz Susurrada	X			NO	Normal	☒	Agudo	☐
Voz Conversacional	X			NO	Grave	☐	Bitonal	☐
Voz Proyectada	X			NO.	Cambios Indesperados: NO .			

5. HABILIDADES FONIATRICAS

Tiempo Max de Fonación	A 11 seg	I 10 seg	U 15 seg	E 9 Seg	S 30 Seg	
Eficiencia Cierre Glotico:	Normal	X	Alterado			

6. ORGANOS FONO ARTICULATORIOS

Organos Fono Articuladores		Anatomia	Movilidad		Tono
Labios		Normal	Funcional		Normal
Lengua		Normal	Funcional		Normal
Mejillas		Normal	Funcional		Normal
Paladar		Normal			
Test de Glatzel	NA		Test Rosenthal	NA	

Postura		Tipo Respiratorio	Modo Respiratorio	Tension Corporal	Frecuencia Respiratoria	
Sedente X	Simetrica X	Clavicular	Nasal - Nasal X	Facial	Ritmo	
Bipeda_	Asimetrica_	Pectoral	Nasal - Bucal	Perilaringea		Normal X
		Costodiafragmatica X	Bucal - Bucal	Hombro- cuello X		Bradipnea
		Diafragmatica abdominal	Otros:	Atm		Taquipnea
		Mixta				

7. OBSERVACIONES: Realizar pautas de higiene vocal.

8. RECOMENDACIONES:

Ingerir 2 litros de liquidos evitando bebidas gaseosas ☒ Evitar hablar en ambientes ruidosos ☒

No ingerir alimentos a temperaturas extremas ☒ Evitar calefaccion y aire acondicionado ☒

Otras recomendaciones:

Katherine Pigal M

Firma del fonoaudiologo y registro

1113092629.

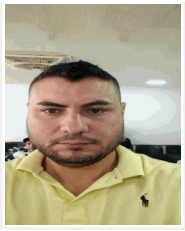
Firma y cedula del trabajador

1400102 3

PROWORK ESPECIALISTAS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Powered by CamScanner

ProWork
ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 61021**

Fecha: 06/02/2025 **Ciudad:** TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: AUDIOMETRÍA **Eps:** NUEVA EPS
CC: 14801025 **Nombre:** AMARILES SALAZAR MAURICIO **Edad:** 39 AÑOS 10 **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 20/03/1985 **Empresa:** O POSITIVA SALUD INTEGRAL TULUA S **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
PERSONERIA	APOYO PROFESIONAL	NINGUNA	NO APLICA	2	0

ANTECEDENTES PERSONALES

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		

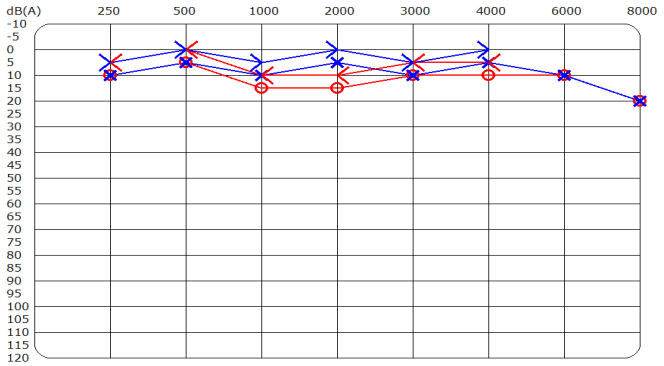
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA 41 **F. Ultima Calibración:** 2024-10-03

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	15	10	10	10	20
VAOI	10	5	10	5	10	5	10	20
VOOD	5	0	10	10	5	5		
VOOI	5	0	5	0	5	0		

PTA Oido derecho: 11.25 **PTA Oido izquierdo:** 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	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	
EXAMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS	

Observaciones

AUDICION NORMAL BILATERAL

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: PEREA GOMEZ LEDY ELIANA
R. M.: 763473 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: AMARILES SALAZAR MAURICIO
CC 14801025