



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfaca
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@comfacaucac.com
Cel: 323 566 3953
Tel: (601) 8231868 ext 310



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 142.174

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21	02	2025	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
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)							
PARDO ORTIZ PABLO CESAR				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	37 AÑOS 1 MESES 14 DÍAS	CC	1061704274
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo INGENIERO INFORMATICO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: CONCEPTO EN VIRTUD DE LA RES. 2346 DE 2007: APTO(A) PARA EL CARGO. NO HAY CONDICIONES DE SALUD QUE PUEDAN AGRAVARSE POR EL TRABAJO. NO HAY RESTRICCIONES LABORALES.							
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:							
VISIONOMETRIA				EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : O SEA REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR DEL CUELLO, LA ESPALDA Y DE LAS EXTREMIDADES CADA HORA.		HABITOS SALUDABLES	
ESPECIALISTA : CONTROL PERIÓDICO POR MEDICINA INTERNA.				CAPACITACIÓN : EN SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES. REFORZAR SOBRE PAUSAS ACTIVAS.		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA : SALUDABLE.	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EMPRESA: ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. CARGO: INGENIERO INFORMÁTICO.							
NOTAS ADICIONALES.: 1. LA PRESENTE VALORACIÓN MÉDICO LABORAL SE REALIZÓ SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD INSTITUCIONAL Y EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS NACIONALES. SE DEJA DISTANCIA DE 2 METROS EN LA ENTREVISTA. SE USAN TODOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR EL MÉDICO: TAPABOCAS QUIRÚRGICO, GORRO, Y BATA ANTIFLUIDOS. PREVIA ASEO Y ASEPSIA DE ÁREAS. 2. SEGUIR CON LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN QUE EL MINISTERIO DE SALUD HA INSTAURADO ESPECIALMENTE LA VACUNACIÓN CONTRA COVID 19, MANTENER AL DÍA DOSIS Y REFUERZOS, TOTAL 4 APLICACIONES. VACUNARSE CONTRA LA INFLUENZA CADA AÑO, VACUNARSE CONTRA EL TÉTANO HASTA COMPLETAR 5 DOSIS. VACUNARSE CONTRA LA FIEBRE AMARILLA 1 DOSIS. CONTINUAR LA PRÁCTICA DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESPECIALMENTE EL LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y USO DE TAPABOCAS QUIRÚRGICO CUANDO SE ESTIME NECESARIO.							
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

Firma:

Dr. José Oswaldo Imbachi F
MÉDICO
M9 SALUD OCUPACIONAL
R.M. 8671/90
L.S.O. 048-010

Nombre: IMBACHI FERNANDEZ JOSE OSWALDO

R. M.: 8671/90

L.S.O.: 04858-10-2020



Código de Seguridad

Q670W1C142174

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PARDO ORTIZ PABLO CESAR

CC: 1061704274



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfaca
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@comfaca.com
Cel: 323 566 3953
Tel: (601) 8231868 ext 310



ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) 21/02/2025 - 04:58 P. M.

Tipo Evaluación Médica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Empresa: PARTICULARES

Cargo: INGENIERO INFORMATICO

Nombres y Apellidos: PARDO ORTIZ PABLO CESAR :CC 1061704274 de POPAYÁN Fecha de Nacimiento: 08/01/1988 12:00

Edad: 37 AÑOS 1 M Lugar de Nacimiento: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Dir. Residencia: CALLE 7A #11-35

Estudios: UNIVERSITARIO Estado Civil: SOLTERO(A) E.P.S: SANITAS A.F.P: COLPENCIONES A.R.L: NINGUNA

ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo

POSTURA ESTÁTICA

ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

ARCOS DE MOVILIDAD

CODO EXTENSIÓN 180°	NORMAL
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL

MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

EXTREMIDADES SUPERIORES	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

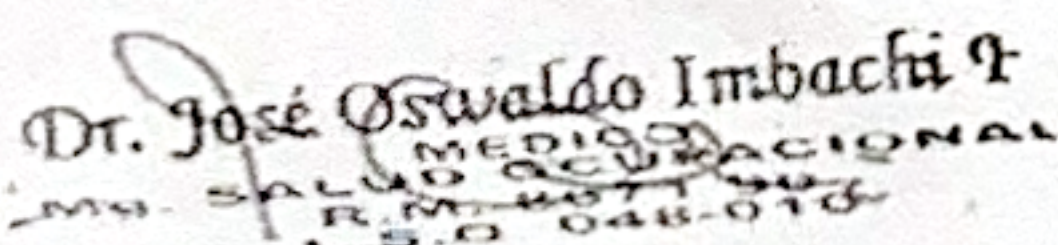
EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL	
CIFOSIS DORSAL	NO
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	
PRUEBA DE SCHOBER	CMS
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	NO
ROTOESCOLIOSIS	NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES

PRESENTA TOFOS GOTOSOS EN CODOS. ESTE HALLAZGO NO ORIGINA RESTRICCIONES LABORALES.
EL EXAMEN OSTEOMUSCULAR ES EN GENERAL NORMAL.

MÉDICO

Firma: 
Dr. José Oswaldo Imbachi
Médico Ocupacional
R.M. 4671/90
C.S.O. 0468-010

Nombre: IMBACHI FERNANDEZ JOSE OSWALDO

R. M.: 8671/90

L.S.O.: 04658-10-2020

TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: PARDO ORTIZ PABLO CESAR

CC 1061704274



TAMIZAJE VISUAL
PROGRAMA SERVICIO DE
SALUD
OCUPACIONAL
IPS COMFACAUCA

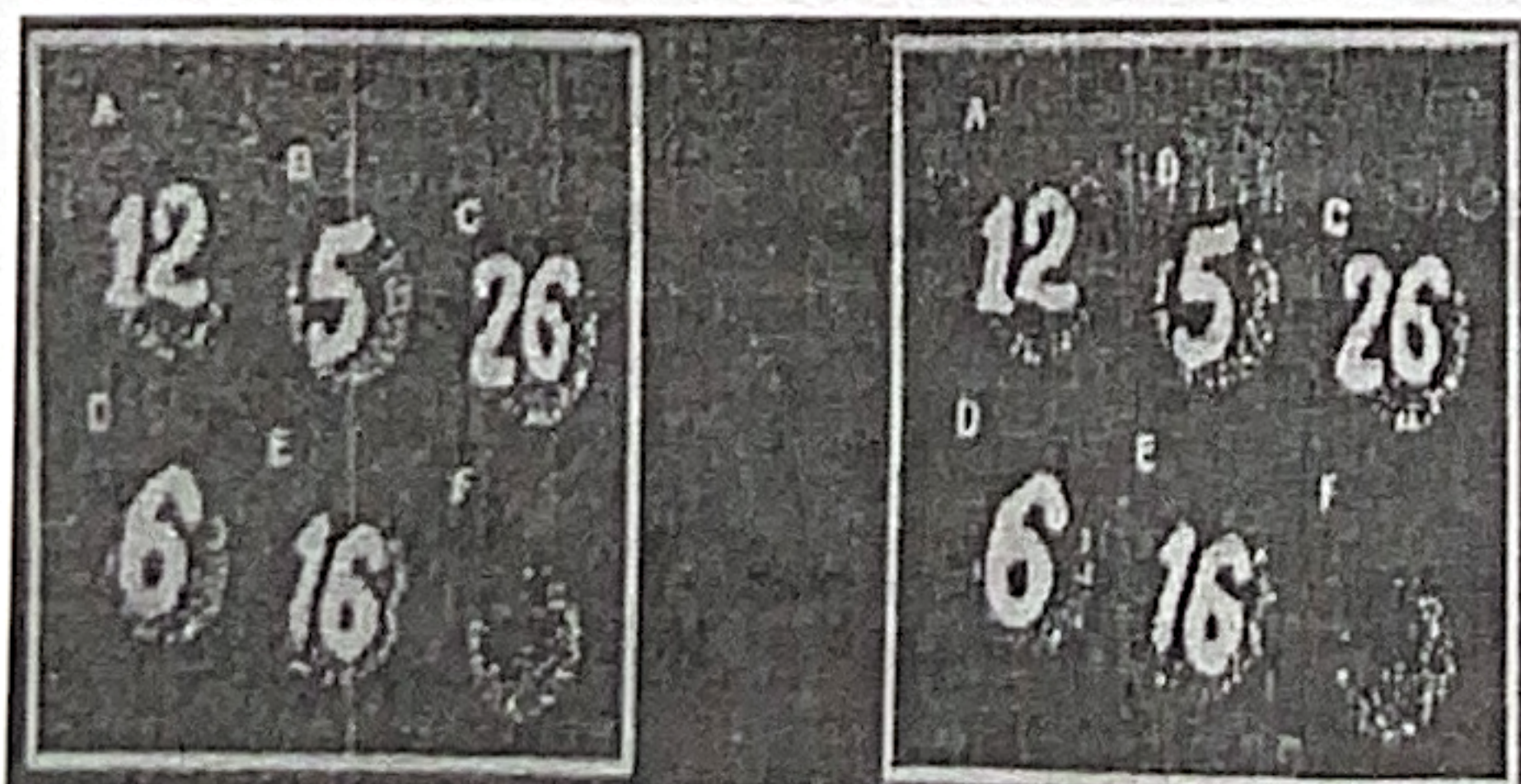
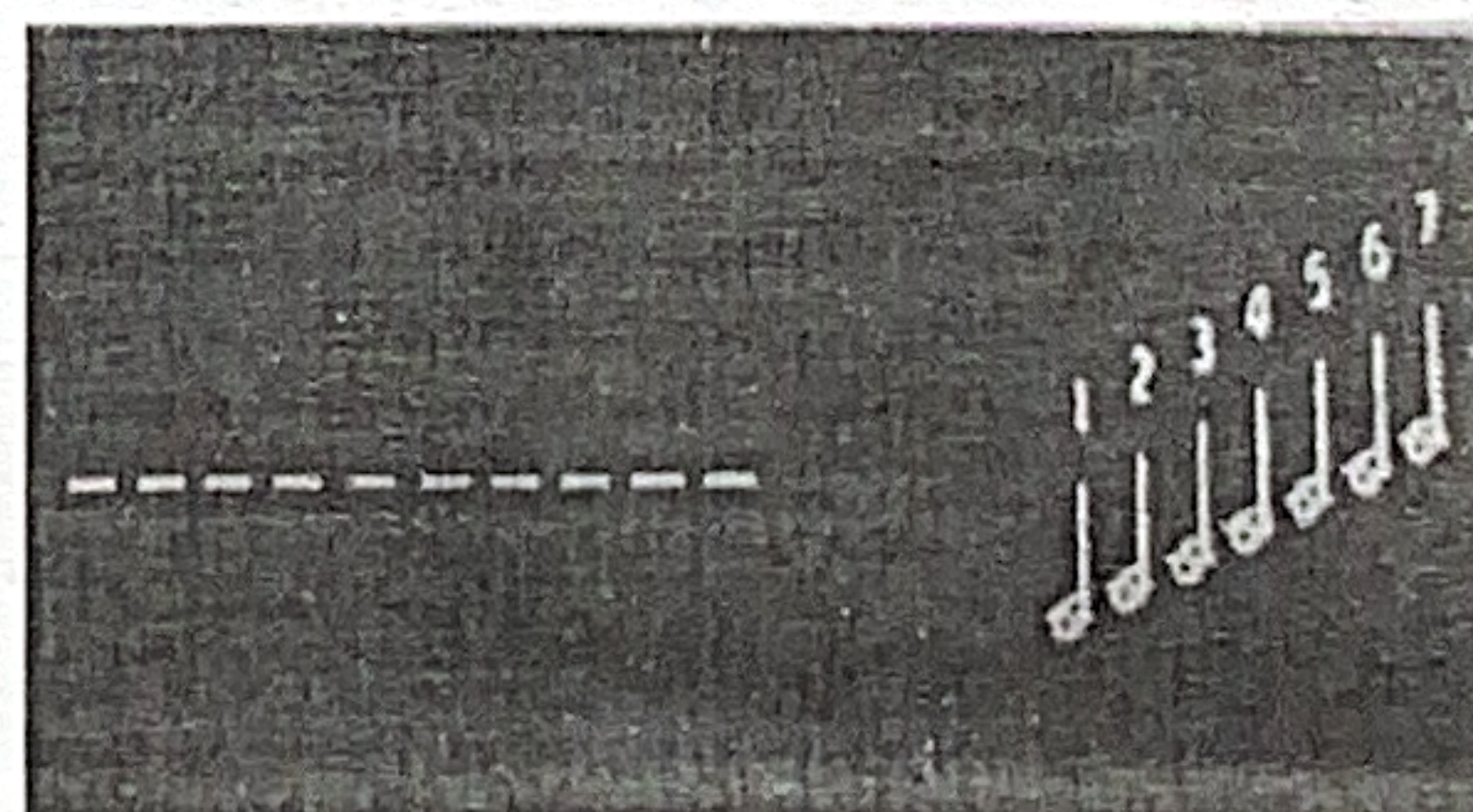
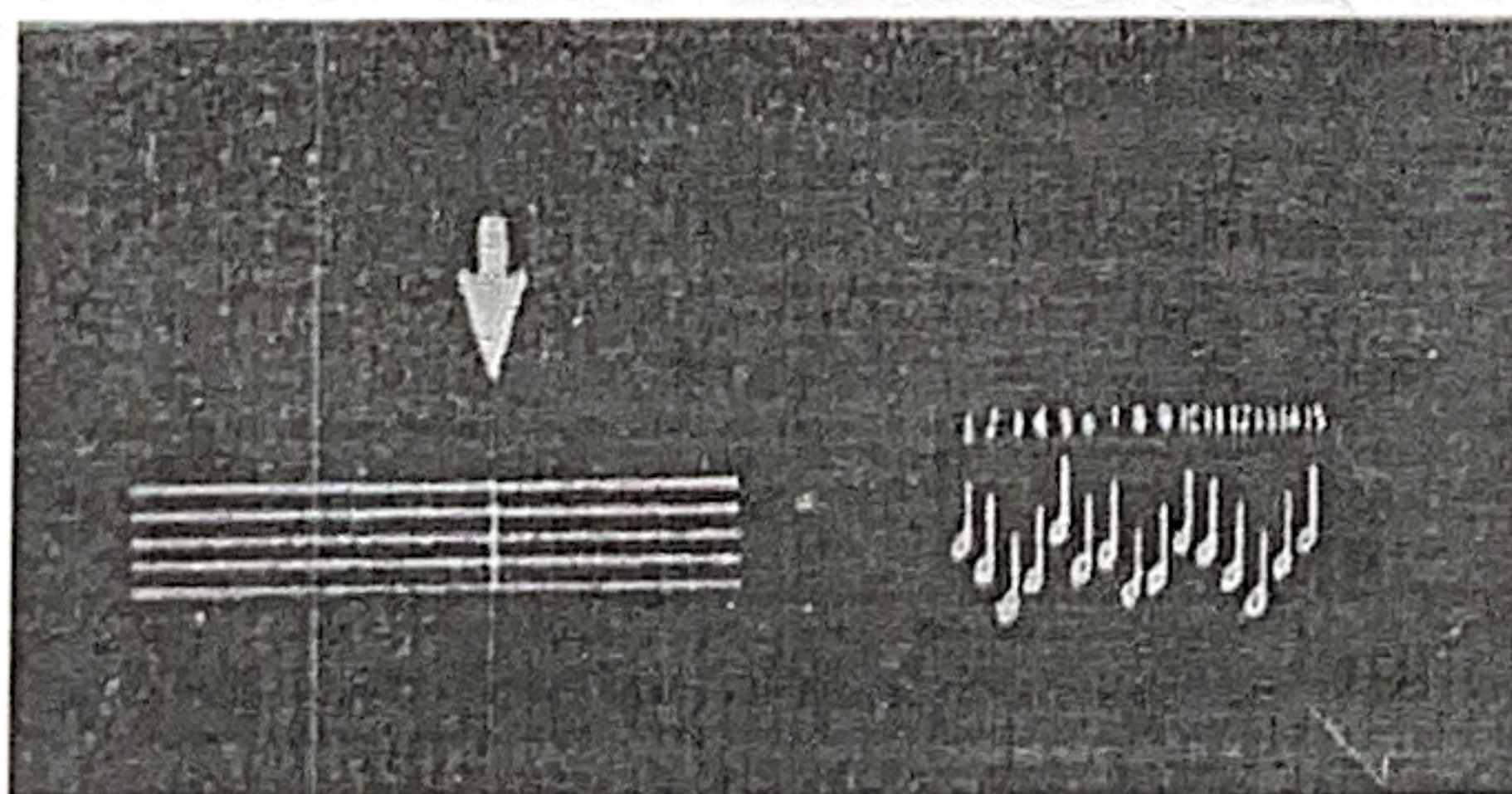
NOMBRE : Pablo Cesar Pardo.
CEDULA : 1.061.704 274.
EDAD: 37
OCUPACIÓN: Ingeniero
EMPRESA: Particular.
QUE PATOLOGIAS VISUALES PRESENTA: Miopía Hipermetropía Astigmatismo otra NO

MASCULINO X FEMENINO OTRO
FECHA 21. febrero 2025.
UTILIZA GAFAS SI NO X
LENTES DE CONTACTO: SI NO X
ULTIMO CONTROL OPTOMETRIA octubre 24.

TEST DE MEDICION

PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL				
	OJO IZQUIERDO	AMBOS OJOS	OJO DERECHO	
1	SVC	NRK	HZO	20/100
2	RNZH	DOKV	CSZN	20/70
3	CKVD	SNZR	DOHC	20/50
4	VHRN	ODSK	NZCS	20/40
5	HSKRC	NZDOV	ZSHNK	20/30
6	ZONVR	HCSKD	VKCDS	20/20

PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL				
	OJO IZQUIERDO	AMBOS OJOS	OJO DERECHO	
1	ZN	RO	HK	20/200
2	RKS	HNC	ZOD	20/100
3	HCDV	SKZO	RNDS	20/70
4	ZROD	NSCH	VZKN	20/50
5	KHSC	OZNR	DNVC	20/40
6	ONRZV	DKHCS	KDSON	20/30
7	SDCHN	VRZKO	HSNRD	20/20



PUNTAJES PERIMETRALES				
OJO	TEMPORAL			NASAL
	85°	70°	55°	45°
Derecho	—	—	—	—
Izquierdo	—	—	—	—

PRUEBA #1 AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA
RESULTADO: OJO DERECHO 20/ 50 . OJO IZQUIERDO 20/ 50 . AMBOS OJOS 20/ 50
VISION PROXIMA
RESULTADO: OJO DERECHO 20/ 30 . OJO IZQUIERDO 20/ 30 . AMBOS OJOS 20/ 30 .

PRUEBA # 2 AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA
RESULTADO: OJO DERECHO 20/ 50 OJO IZQUIERDO 20/ 40 AMBOS OJOS 20/ 40
VISION PROXIMA
RESULTADO: OJO DERECHO 20/ 30 OJO IZQUIERDO 20/ 30 AMBOS OJOS 20/ 30

PRUEBA # 3 HORIZONTAL (es una desviación latente de Los ejes visuales que tan solo se manifiestan en ausencia del estímulo visual. es el estado definido por la posición de giro de los ojos en visión binocular en el que se rompe la función de las imágenes).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	ADECUADO	INADECUADO
	✓	

PRUEBA # 4 FORIA VERTICAL (es una desviación latente de Los ejes visuales que tan solo se manifiestan en ausencia del estímulo visual. Es el estado definido por la posición de giro de los ojos en visión binocular en el que se rompe la función de las imágenes).

1 2 3 4 5 6 7	ADECUADO	INADECUADO
	✓	

PRUEBA # 5 PERCEPCION DE COLOR

A 12 ✓ B 5 ✓ C 26 ✓ D 6 ✓ E 16 ✓ F (NADA)	ADECUADO	INADECUADO
Inadecuado(1-4) Aceptable(5-7) adecuado (8)	✓	

PRUEBA # 6 BALANCE MUSCULAR

VISION LEJANA	RESULTADO	
	ADECUADO	INADECUADO
A 0 B	✓	
VISION PROXIMA	RESULTADO	
	ADECUADO	INADECUADO
A B 0	✓	

VISION DEL COLOR: Normal ✓ Anormal _____

REMITIDO A OPTOMETRÍA SI _____ NO _____

RESPONSABLE TAMIZAJE VISUAL Auxiliar: baby puola llanten.

OBSERVACIONES: _____