SoluIntegral SAC S.A.S.

Soluintegral SAC SAS
Nit. 90720154-1
Clinica Reina Victoria Consultorio 517
Popayán, Cauca
Cels. 3126327091 -3175097518
E-mail soluintegralsac@gmail.com, soluintegralsac@gmail.com soluintegralemo@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.083

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA 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)

BEDON. DIAZ. ANDREA.	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	28 AÑOS 6 MESES 28 DÍAS	CC	1061791322
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ADULTA EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO NORMAL DEL CARGO AL QUE APLICA

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: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA

R. M.: 1061710999 **L.S.O.:** 13133/2019

Código de Seguridad
B1003H1N11083

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BEDON. DIAZ. ANDREA.

CC: 1061791322

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

AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 26500

Fecha: 15/01/2025 **Ciudad:** POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
CC: 1061791322 **Nombre:** BEDON DIAZ ANDREA **Eps:**
Fecha Nacimiento: 18/06/1996 **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SE **Edad:** 28AÑOS6MESES27DÍAS **Genero:** FEMENINO **Ocupacion:** INSTRUCTORA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	GOLPE EN CABEZA CON SÍNCOPE; 5 AÑOS.	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

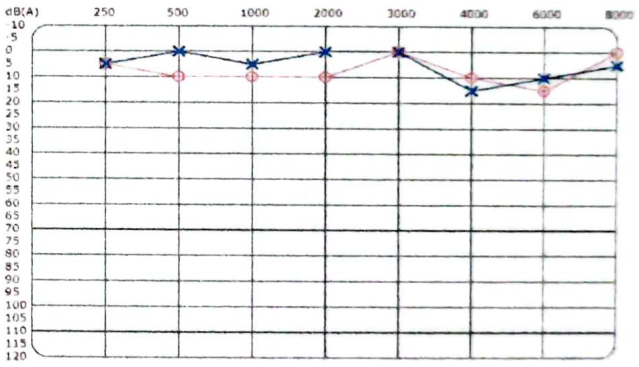
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	4 AÑOS.	AUDÍFONOS	USO 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: AMPLIVOX 116 **F. Ultima Calibración:** 2023-03-14

○ : Vía aérea del OD × : 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	5	10	10	10	0	10	15	0
VAOI	5	0	5	0	0	15	10	5

PTA Oído Derecho	PTA Oído Izquierdo
7.50	1.25

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	NO APLICA	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

SE REALIZA VALORACIÓN CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP). SE OBTIENE IDX: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL. SE DAN PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO.

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: GARCIA RIVERA SANDRA PATRICIA
R. M.: 655365 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
Z670F2L26500

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: BEDON DIAZ ANDREA
CC 1061791322

Powered by CamScanner

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra - Reg 01 Cauca

Ficha de Evaluacion Ocupacional

comfacauca IPS

Fecha: 15 de Enero Nombre: Andrea Bedon Diaz ID: 1061791322 Edad: 28 ☐ Sexo Tel: 3156743249

Entidad: SENA Area de Trabajo: Cargo: INSTRUCTOR

Antecedentes ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ Tto Qx ☐ Trauma Ocular ☐ LASIK ☐ Gafa ☐ VL ☐ VP

Tipo de gafa que usa: No Usa último control : Más de 1 año

Sintomatología

☐ Cefalea ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Ojo Rojo ☐ Escosor ☐ Baja Av Vl ☐ Baja AV Vp ☐ Dolor Ocular

☐ Astenopia ☐ Secreción ☐ Fosfenos ☐ Fotofobia ☐ Salto de renglones ☐ Confusión de letras o Renglones

Riesgos Ocupacionales ☐ Humo ☐ Radiación Infra Roja ☐ Radiación Ultra Violeta ☐ Iluminacion Baja ☐ Iluminacion Alta

☐ Polvo ☐ Disolventes ☐ Vapores ☐ Liquidos ☐ Riesgos Ergonomicos ☐ Monitores Nivel de estress:

☐ Esquirlas ☐ Aire Acondicionado Tiempo de Exposicion dia: Tiempo de exposicion acumulado:

Agudeza Visual Habitual en Visión Lejana

☐ AV VL CC Av OD: 20/20 AV OI: 20/20 AV A.O : 20/20 Stereopsis: Normal

Visión del Color: Normal Visión Binocular Foria VL:

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☐ AVVPCC A.V OD: 0.50M A.V OI: 0.50M A.V AO: 0.50M Stereopsis: 60 Seg VB Foria VP:

Rx OD: N Rx OI: N Av OI: Add OD: Av:

Visión del Contraste OD: Normal Visión del Contraste OI: Normal Add OI: AV:

Gafa Recomendada: Monofocal

Presión Intra Ocular:

PIO OD: 12 PIO OI: 11 Papila OD: Normal Papila OI: Normal

Dx Refractivo: Emetropía Dx Vision Binocular: Dx Patologia:

Evaluado Por: Africany ☐ Remitido a Optometría ☐ Remitido a Oftalmologia

Notas: No se observan alteraciones a nivel ocular. SE recomeinda gafa de protección luz azul



Powered by CamScanner

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacteriólogo

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Patólogo

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacteriólogo

Nombre	:	**ANDREA BEDON DIAZ**
Identificación	:	1061791322
Edad	:	28 años
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Enero 15/2025
Fecha informe de muestra	:	Enero 15/2025

EXAMEN SOLICITADO		RESULTADO	V. REFERENCIA
Glicemia Basal	.	85 mg/dl	50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.

Carrera 8a. No. 2 - 44 Edificio Hormaza Apto 101 Tel: 8240389
Calle 15N No. 2 - 256 Centro Médico Quirúrgico Tels: 8237103 - 8239649 - 8239908 Celular 320 295 2631

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ELSA P. DE RENTERÍA
Bacteriólogo

DRA. MARTHA RAQUEL RENTERÍA P.
Farmacéutica

DRA. CARMEN ELISA RENTERIA P.
Bacterióloga

Nombre	:	ANDREA BEDON DIAZ
Identificación	:	1061791322
Edad	:	28 años
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Enero 15/2025
Fecha informe de muestra	:	Enero 15/2025

PERFIL DE LIPIDOS

COLESTEROL TOTAL: 170 mg/dl
Valor ideal : menor de 200

COLESTEROL HDL: 54.8 mg/dl
Hombres y mujeres postmenopáusicas: Mayor de 35
Mujeres premenopáusicas: Mayor de 45

COLESTEROL LDL: 101.4 mg/dl
Valor ideal: hasta 100

V. L. D. L.: 13.8 mg/dl
Referencia: 20 a 30

TRIGLICERIDOS: 69 mg/dl
Valor ideal: menor de 200

INDICE ARTERIAL: 3.10
Normal hombres: 3.8 a 5.9
Normal mujeres: 3.1 a 4.6

RELACION C-LDL/C-HDL: 1.85
Riesgo alto: > 5
Riesgo medio: 3 - 5
Riesgo bajo: < 3

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.

Carmen Elisa Rentería P.
Bacterióloga Especializada
Universidad [illegible]

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Certificado de Vacunación

Institución: Comfacauca IPJ

Nombre: Andrea Bedon Diaz

Identificación: 1.061.791 322 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación		Firma Vacunador
HepB	1	17-01-2023	03124 CE	Daniela
HepB	II	15-01-2025	12824008	Laura.

Cortesía de Sanofi Pasteur

Powered by CamScanner