Clínica Fame I.P.S SA.
Tu salud en manos de excelente seres humanos

CLÍNICA FAME IPS SA
NIT: 900009347
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

Fecha y hora: 12-12-2024 03:56 PM
Identificación: CC 75059838
Paciente: NEVETH ALFREDO LONDOÑO CANO
Entidad: Nueva Empresa Promotora De Salud S.A. Sigla Nueva Eps S.A.

Certificado:
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para EXAMEN DE INGRESO CON EL MINISTERIO DEL INTERIOR
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Sin limitaciones para el cargo: X
Con limitaciones para el cargo:

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO:SI_X__ NO___

EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO A PARTIR DE: (Marcar con un equis (x) los que aplique)

EXAMEN MEDICO:
Tamizaje de Audiometría: SATISFACTORIO
Tamizaje de Espirometría:
Tamizaje de Visiometría: MIOPIA
Examen Optométrico: SATISFACTORIO
Electrocardiograma:
Evaluación Osteomuscular: SATISFACTORIO
Evaluación Dermatológica: SATISFACTORIO
Evaluación Trabajo en Alturas:
Evaluación Manipulación de alimentos:
Evaluación Cardiovascular: HIPERTENSION, DIABETES II
Evaluación Abdominal: SATISFACTORIO

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una equis (x) según corresponda)

Secuela Accidente laboral no reportado: NO
Enfermedad Profesional: NO
Enfermedad común agravada por el trabajo: NO
SE ENTREGA REMISIÓN PARA LA EPS: NO---------VALORACION POR OPTOMETRIA Y MEDICINA GENERAL

Escaneado con CamScanner

Clínica Fame I.P.S SA.
Tu salud en manos de excelente seres humanos

CLÍNICA FAME IPS SA
NIT: 900009347
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SUGERIDOS: NINGUNO

EXAMEN LABORAL DE: INGRESO
SATISFACTORIO PARA REALIZAR TRABAJO ASIGNADO
RECOMENDACIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,CUMPLIR CON LOS REGLAMENTOS DE SST, INFORMAR CAMBIOS DE SALUD Y ACCIDENTES LABORALES, NO SE EVIDENCIAN HERNIAS NI EVENTRACCIONES EN ESTE ESTUDIO, HIGIENE POSTURAL. ACATAR NORMAL DE SEGURIDAD, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL POR OPTOMETRIA Y MEDICINA GENERAL POR SU EPS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a) a realizar en mi, examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registro en este documento, (el) (la)Doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el exámen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) a partir de la respectiva historia clinica antes de la respectiva toma de pruebas.Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara el (los) exámenes.Fui informado de las medidas que tomará la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, las respuestas dadas por éstas son verídicas y son completas, autorizo a la entidad para que suministre a mi empresa donde trabajo y/o entidades contempladas en la legislación vigente para que suministre éste documento para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Profesional que realizó el certificado:

Dr. Juan de J. Ospina A.
Especialista en Gerencia de Salud Ocupacional
Reg Dptal 1179 Reg Nal 8740

75.059.838

Juan de Jesus Ospina Aguirre
CC: 10084706 **RM: 8440**
SALUD OCUPACIONAL

Escaneado con CamScanner

ÓPTICA 2020
MANIZALES

CRA. 22 # 24-45 3013072710 8900773 Sistema de Crédito

CERTIFICADO OPTOMETRICO LABORAL

Fecha: Dic 12/24

Nombre: Neveth Alfredo Londoño Cano C.C. 75059838

Diagnóstico Estado Refractivo OD= Astigmatismo Miópico y Presbicia

OI= Astigmatismo Miópico y Presbicia - Ambliopica

Usa gafas Progresivos

AV Sin Corrección Lejos OD= 20/110 OI= 20/25 Cerca sin corrección OD= 2M OI= 1M

Estado Óculo-Motriz= Normal Color= Normal Estereopsis= leve disminu. 80"

RX FINAL OD = -0.75 -0.50 +85 AV VL 20/ 90 ADD= + 200 AV VP: 175M

OI = -0.75 -0.50 +82 AV VL 20/20 ADD= + AV VP: 050M

Recomendación Optométrica = Actualizar y usar corrección permanente con filtro pantallas

Soraya Pinzón

Soraya Pinzón Pérez
Optometra
CC 39773329

Escaneado con CamScanner

Fecha de impresión 12/12/2024 5.20 PM

FECHA DE EXAMEN 2024-12-12 17:16:57 **TIPO DE EXAMEN** INGRESO

DATOS DE INSTITUCION

NOMBRE:	M. MARCELA ALVARAN CARDONA - AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA SST			**NIT**	30312776-5
DIRECCION:	CRA 22 NO 26 - 03 PRIMER PISO	**E-MAIL**	CENTROINTERNACIONAL12@GMAIL.COM		
TELEFONOS:	8731343-8829986 CEL. 3108211950		**SEDE**	CENTRO	

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	NEVETH ALFREDO LONDOÑO CANO						
IDENTIFICACION	CC	75059838	**EDAD**	50 Años	**SEXO**	M	
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIETNO**	05/12/1974		
LUGAR DE NACIMIENTO	LA MERCED	**DIRECCION**	CARRERA 34 #4B-13	**ESTRATO**	4		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	CALDAS	**MUNICIPIO**	MANIZALES	**TELEFONOS**	3215764176	
GRUPO FAMILIAR		**GRUPO SANGUINEO**	A -				
ARL	NO REFIERE						
EPS	NUEVA E.P.S.						

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	TIPO 1	**CARGO**	ASESOR
SEDE	MANIZALES	**FECHA DE INGRESO**	12-12-2024
ANTIGUEDAD EN EL OFICIO	null	**AREA**	COMERCIAL
JORNADA DE TRABAJO	DIURNA		

ANTECEDENTES AUDITIVOS	
PROTECCION AUDITIVA	NO
CARGO	AUDITOR
EXPOSICION A RUIDO	

ANAMNESIS

INTERPRETACION	Normal
CAUSA	Ingreso Laboral
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	1 a 2 años

OTOLOGICOS

Nombre	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Bilateral	Observaciones
HIPOACUSIA			NR	
OTITIS MEDIA SIN OTORREA			NR	
OTITIS MEDIA CON OTORREA			NR	
OTALGIA			NR	
OTORRAGIA			NR	
ACUFENOS PERMANENTES			NR	
ACUFENOS OCASIONALES			NR	
AUMENTAN CON SILENCIO			NR	
AUMENTAN CON RUIDO			NR	
CIRUGIA DE OIDO			NR	
PROBLEMAS DE EQUILIBRIO			NR	
OTROS			NR	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO

Nombre	Presenta
SERVICIO MILITAR	NO
POLIGONO	NO
WALKMAN	NO
DISCOTECA	NO

Escaneado con CamScanner

M. MARCELA ALVARAN CARDONA
AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

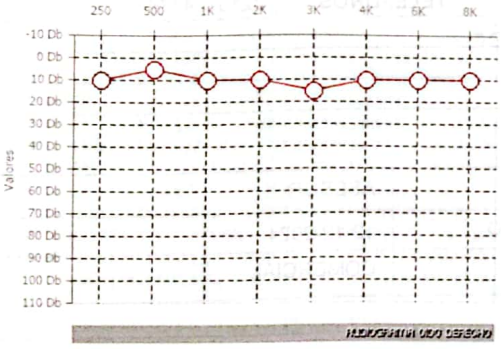
Fecha de impresión 12/12/2024 5.20 PM

Nombre	Presenta
TAREAS CON EQUIPOS RUIDOSOS	SI
OTROS	NO
MOTOCICLISMO	NO

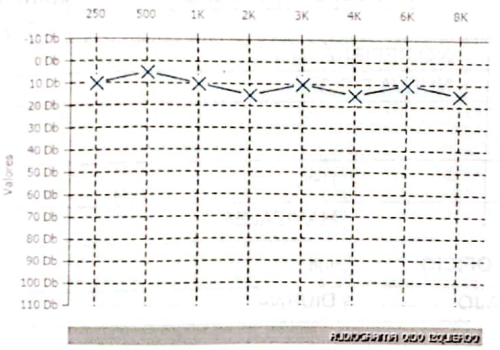
OTOSCOPIA

Nombre	Descripción
PABELLON AURICULAR	Normal
TIMPANO	Normal
TAPON DE CERA	Parcial
OTROS HALLAZGOS	

Oido Derecho



Oido Izquierdo



DIAGNOSTICO

Nombre	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	Observaciones
AUDICION NORMAL			X	PASA
HIPOACUSIA				
HIPOACUSIA MIXTA				
HIPOACUSIA CONDUCTIVA				
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL				

SEVERIDAD - CAOHC

	Observaciones
NORMAL(0-25db)	BILATERAL
LEVE (26-40db)	
MODERADA (41-55db)	
MODERADA-SEVERA (56-	
SEVERA(71-90db)	
PROFUNDA(MAYOR 91db)	

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	SI	
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES		
USO DE PROTECCION AUDITIVA		
CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA		
LAVADO AUDITIVO OD		
LAVADO AUDITIVO OI		
LAVADO AUDITIVO BILATERAL		

Escaneado con CamScanner

M. MARCELA ALVARAN CARDONA
AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de impresión 12/12/2024 5.20 PM

AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA		
EXAMENES AUDIOLOGICOS		
CONDUCTA DEL USARIO EN LA CONSULTA	ACEPTABLE	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
RECOMENDACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR:Autorizó al Doctor a realizarme el examen médico y /o praclinico ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este exámen médico y sus paraclínicos, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exámen médico y/o paraclínico a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

M. Marcela Alvaran C.
Especialista Audiología
RETHUS Res. 16132

MARIA MARCELA ALVARAN CARDONA
C.C 30312776 RM: 16132
Firma y sello del Médico Evaluador

NEVETH ALFREDO LONDOÑO CANO
C.C 75059838
Firma del trabajador Evaluado

Escaneado con CamScanner