



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: lps@comfacaUCA.com

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

Nº 122.525

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	04 MES	2024 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)		EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	
			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)						
ORDOÑEZ MUÑOZ JAIME YOLIAN				Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres				MASCULINO	40 AÑOS 3 MESES 17 DÍAS	CC Tipo 10301094 Número
Cargo <b>RECONOCEDOR PREDIAL</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO						
Observaciones: <i>FALTA LABORATORIOS. 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.</i>						
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:						
AUDIOMETRIA			✓		EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS ALTURAS ✓	
VISIOMETRIA			✓		PERFIL LIPIDICO MAS GLICEMIA ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : HACER EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR DEL CUELLO, DE LAS EXTREMIDADES Y ESPALDA CADA HORA.			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		CAPACITACIÓN : DAR CAPACITACIONES AL TRABAJADOR EN TEMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES, PLANES DE EMERGENCIA.			HACER DEPORTE	
					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
EMPRESA: RVC CARGO: RECONOCEDOR						
NOTAS ADICIONALES: 1. LA PRESENTE VALORACIÓN MÉDICO LABORAL SE REALIZÓ SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA COVID 19 INSTITUCIONAL Y EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS NACIONALES POR LA ACTUAL PANDEMIA. SE DEJA DISTANCIA DE 2 METROS EN LA ENTREVISTA. SE USAN TODOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR EL MÉDICO, TAPABOCAS QUIRÚRGICO , GORRO, GAFAS DE SEGURIDAD 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. 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 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.						

medico

Dr. José Oswaldo Imbachi F.  
MEDICO  
M.S. SALUD OCCUPACIONAL  
R.M. 8671/90  
L.S.O. 04658-10-2020



Código de Seguridad

J670P1V122525

Aspirante o trabajador

Firma:

Nombre: IMBACHI FERNANDEZ JOSE OSWALDO

R. M.: 8671/90

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

Firma:

Nombre: ORDOÑEZ MUÑOZ JAIME YOLIAN

CC: 10301094



Nombre : **JAIME YOLIAN ORDOÑEZ MUÑOZ**  
Identificación : 10301094  
Edad : 40 años  
Entidad : Comfacauca IPS  
Fecha toma de muestra : Abril 09/2024  
Fecha informe de muestra: Abril 09/2024

### PERFIL DE LIPIDOS

**COLESTEROL TOTAL: 209 mg/dl**

Valor ideal : menor de 200

**COLESTEROL HDL: 37.7 mg/dl**

Hombres y mujeres postmenopáusicas: Mayor de 35

Mujeres premenopáusicas: Mayor de 45

**COLESTEROL LDL: 104.5 mg/dl**

Valor ideal: hasta 100

**V. L. D. L.: 66.8 mg/dl**

Referencia: 20 a 30

**TRIGLICERIDOS: 421 mg/dl**

Valor ideal: menor de 200

**INDICE ARTERIAL: 5.54**

Normal hombres: 3.8 a 5.9

Normal mujeres: 3.1 a 4.6

**RELACION C-LDL/C-HDL: 2.77**

Riesgo alto: > 5

Riesgo medio: 3 - 5

Riesgo bajo: < 3

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.

Carmen Elisa Rentería P.  
BACTERIOLOGA  
UNIVERSIDAD JAVERIANA  
RM No 3026



# LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA  
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.  
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.  
Bacterióloga

Nombre : **JAIME YOLIAN ORDOÑEZ MUÑOZ**  
Identificación : 10301094  
Edad : 40 años  
Entidad : Comfacauca IPS  
Fecha toma de muestra : Abril 09/2024  
Fecha informe de muestra : Abril 09/2024

## EXAMEN SOLICITADO

## RESULTADO

## V. REFERENCIA

Glicemia Basal : 58 mg/dl 50 – 100 mg/dl

*INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.*

