Personería Municipal de Popayán	PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN	
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión: 01
		Fecha:
	Carta de recomendaciones médicas laborales	Página 1 de 1

Fecha: 01042026
Nombre: CLAUDIA MARCELA CALERO HURTADO
Cargo: CONTRATISTA PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LOS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN

El compromiso de **LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL [X]	**MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** [ ]	**POST INCAPACIDAD** [ ]
TRABAJO EN ALTURAS [ ]	**REUBICACION** [ ]	**OTRO:** [ ]

Por lo tanto, me permito informar que se generaron las siguientes recomendaciones por parte del médico de la IPS

TIPO DE RECOMENDACIONES	DESCRIPCION RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES MEDICAS	estimular la práctica de hábitos de vida saludable, consultar en su EPS de manera oportuna para programas de mantenimiento en salud para su grupo erario.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo de su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico, para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a talento humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizara un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Firma
Nombres y Apellidos: Claudia Marcela Calero H
Cedula: 38655480
Cargo: Apoyo a TTH.

ELABORO	REVISO	APROBO
Contratista Apoyo SST Fecha: 02/02/2026	Fecha	Fecha

16 /01 / 2026

Paula Ramirez
Medica Ocupacional

Datos del paciente

Tipo de examen: pre ingreso ocupacional

Nombres: Claudia Marcela Apellidos: Calero Hurtado

Edad: 45 Genero: M ☐ F ☑ Nº id: 38656450 Estado civil: union libre

Escolaridad: postgrado Ciudad: Popayán Dirección: clle 34bN nro.4b 31 c361

Datos laborales

Empresa: contratista ARL ☑ EPS ☑ positiva/coosalud Ocupación: contratista

Concepto medico ocupacional

De acuerdo al examen médico ocupacional realizado a la ☐Sr. ☑Sra. Claudia Marcela Calero Hurtado identificado/a con documento de identidad No. 38656450 de la ciudad de Ginebra, Valle , se considera ☑Apto/a sin restricciones ☐Apto/a con recomendaciones ☐No Apto/a ☐Aplazado ☐Apto/a con restricciones medicas ocupacionales para desempeñar la ocupación de contratista

Restricciones ocupacionales Aplica: No

Recomendaciones ocupacionales Aplica: No

Aptitud para tareas especificas Aplica: No

Examenes diagnostico complementario

no aplica

Sistema de vigilancia epidemiologica

Visual	☐	Psicosocial	☐
Auditivo	☐	Biologico	☐
Respiratorio	☐	Quimico	☐
Cardiovascular	☐	Trabajo de alto riesgo	☐
Biomecanico	☐	Radiacion	☐

Enfasis

no aplica

Recomendaciones medicas generales para el trabajador:

- **Autocuidado** (Pausas activas durante la jornada laboral). ☑
- **Habitos saludables** (Dieta balanceada y ejercicio para fortalecer y acondicionar el cuerpo) ☐
- **Pérdida de peso recomendada** (Valoración nutricional en EPS para programa de pérdida de peso). ☐
- **Valoración por oftalmología para manejo de pterigión** ☐
- **Valoración anual por optometría para actualizar de fórmula de lentes.** ☐
- **Solicitar valoración en EPS por disminución de agudeza visual.** ☐

Recomendaciones medicas generales para el trabajador:

- Higiene postural y de columna. ☐
- Cambios frecuentes de sedente a bipedestación por lo menos cada hora. ☐
- Utilizar adecuadamente elementos de protección personal, según el perfil del cargo. ☐
- Informar oportunamente sobre incidentes y accidentes de trabajo ☑
- Valoración en su EPS para realizar afinamiento de presión arterial. ☐
- Dotar de EPP (para COVID 19) Y según el perfil del trabajador. ☐
- Educación sobre estilos de vida saludable y autocuidado. ☐
- Reubicación laboral. ☐
- Seguimiento de casos por Aseguradora de riesgos laborales (ARL) ☐
- Control de lípidos(Colesterol, triglicéridos) en EPS (dieta baja en grasas y carbohidratos.) ☐
- Valoración en su EPS para formula de manejo antiparasitario. ☐
- Valoración en su EPS para manejo de patología osteomuscular ☐
- Mantener y aplicar adecuadamente protocolo de bioseguridad de su empresa ☐
- Mantener puesto de trabajo ergonómico. Educación en ergonomía. ☐
- Incentivar seguridad y salud en el trabajo. ☑
- Educación sobre manejo de cargas, según el riesgo. ☐
- Revisión de puesto de trabajo ☐

Consentimiento informado

las evaluaciones medicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud de los trabajadores; así fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiologica mediante los programas de promoción y prevención de la salud. (Resolución 1843 de 2025, Ministerio del trabajo, sobre los examenes médicos ocupacionales en Colombia). Autorizo al médico ocupacional, quien firma este certificado a realizar el presente examen médico ocupacional y pruebas complementarias a las que haya lugar. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas, que no omito información relevante quepudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas.Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendo las explicacio-nes y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Esp. Ocupacional

Paula Andrea Ramirez Otero
ReTHUS 633179/2012
SST 12678-11/2022

Trabajador

CLAUDIA MARCELA CALERO HURTADO
C.c: 38.656.450 Ginebra - valle del Cauca

[illegible] en seguridad y salud en el trabajo
[illegible]ernedocupacional@gmail.com
312 2084144

Personería Municipal de Popayán	PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN	
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión: 01
		Fecha:
	Carta de recomendaciones médicas laborales	Página 1 de 1

Fecha: 01042026
Nombre: VALENTINA GOMEZ CANENCIO
Cargo: CONTRATISTA PROFESIONAL ABOGADO EN EL AREA DE SALUD Y SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN

El compromiso de **LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL [X]	**MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** [ ]	**POST INCAPACIDAD** [ ]
TRABAJO EN ALTURAS [ ]	**REUBICACION** [ ]	**OTRO:** [ ]

Por lo tanto, me permito informar que se generaron las siguientes recomendaciones por parte del médico de la IPS

TIPO DE RECOMENDACIONES	DESCRIPCION RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES MEDICAS	Usar corrección visual: Uso de gafas Valoración por EPS: control anual por optometría.
RECOMEDACIONES OCUPACIONALES	SVE Visual controles periódicos por optometría

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo de su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico, para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a talento humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizara un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Valentina Gomez

Firma
Nombres y Apellidos: Valentina Gómez Canencio
Cedula: 1061511798
Cargo: Contratista

ELABORO	REVISO	APROBO
Contratista Apoyo SST Fecha: 02/02/2026	Fecha	Fecha

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 162.001

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:
SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GOMEZ CANENCIO VALENTINA	FEMENINO	27 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1061812798 (Número)

Cargo
ABOGADA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *APTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

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 OSTEOMUSCULAR	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	SVE VISUAL : CONTTROLES PERIODICOS PR OPTOMERIA	HÁBITOS SALUDABLES : DIETA SANA, EJERCICIO CONSTANTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS EN SU EPS.
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	NO FUMAR
	CAPACITACIÓN : SG-SST-	DIETA BALANCEADA

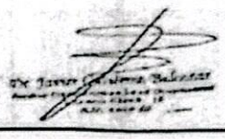
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTA PARA DESEMPEÑAR LAS TAREAS O ACTIVIDADES INHERENTES AL CARGO A CONTRATAR NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO

OTRAS RECOMENDACIONES:
I. PARA EL TRABAJADOR : PROCURAR EL AUTOCUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD: DIETA Y RECREACIÓN SANA, EJERCICIO DE MANERA REGULAR. ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE MANERA PERIODICA EN SU JORNADA LABORAL, POSTURAS ERGONOMICAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS SI ES EL CASO, INFORMAR OPORTUNAMEN TE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL QUE HAYA TENIDO U OBSERVADO EN LA ENTIDAD O SITIO DE TRABAJO

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.

Scanned with CamScanner

Médico			Aspirante o Trabajador
Firma:			Firma: Valentina Gomez C
Nombre: CC: 14877694 - JAVIER GUTIERREZ		Código de Seguridad	Nombre: GOMEZ CANENCIO VALENTINA
R. M.: 6660/89 L.S.O.: 03069/16		C670I1O162001	CC: 1061812798

Scanned with CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA

comfacauca

al servicio del trabajador y su familia

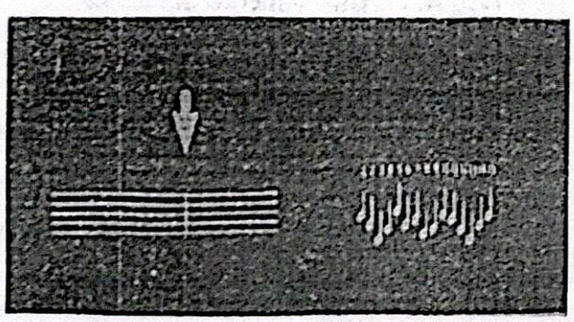
TAMIZAJE VISUAL PROGRAMA SERVICIO DE SALUD OCUPACIONAL IPS COMFACAUCA

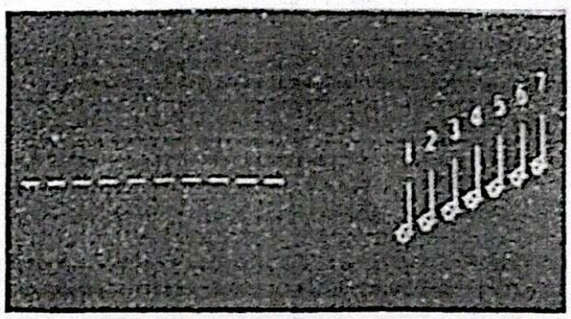
NOMBRE :	VALENTINA GOMEZ CANENCIO	SEXO	FEMENINO	
CEDULA :	1061812798	FECHA:		9/01/2026
EDAD:	27	UTILIZA GAFAS:	SI X	NO
OCUPACION:	ABOGADA	LENTES DE CONTACTO:	SI	NO X
EMPRESA:	PARTICULAR	ULTIMO CONTROL OPTOMETRIA:		1 AÑO
QUE PATOLOGIAS VISUALES PRESENTA:MIOPIA Y ASTIGMATISMO				

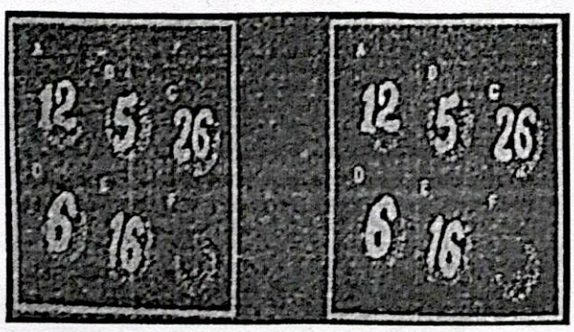
TEST DE MEDICION

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	85°	70°	55°	45°
DERECHO	-	-	-	-
IZQUIERDO	-	-	-	-

Scanned with CamScanner

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/ 50	AMBOS OJOS 20/ 50
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
	X	

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
	X	

PRUEBA # 5 PERCEPCION DE COLOR

A 12 ✓ B 5 ✓ C26 ✓ D6 ✓ E16 ✓ F (NADA)	ADECUADO	INADECUADO
Inadecuado(1-4) Aceptable(5-7) adecuado (8)	X	

PRUEBA # 6 BALANCE MUSCULAR

VISION LEJANA	RESULTADO	
	ADECUADO	INADECUADO
• A B	X	
VISION PROXIMA	**RESULTADO**	
	ADECUADO	INADECUADO
A • B	X	

VISION DEL COLOR: Normal X Anormal REMITIDO A OPTOMETRIA:

RESPONSABLE TAMIZAJE VISUAL auxiliar: Gaby Paola Llantén

Observaciones: Se realiza examen sin gafas, paciente refiere no traerlas.

Scanned with CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
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@comfacauca.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) 09/01/2026 - 12:38 P. M.
Tipo Evaluacion Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
Empresa: PARTICULARES **Cargo:** ABOGADA
Nombres y Apellidos: GOMEZ CANENCIO VALENTINA :CC 1061812798 de POPAYÁN **Fecha de Nacimiento:** 30/09/1998 12:00
Edad: 27 AÑOS 3 M **Lugar de Nacimiento:** POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) **Dir. Residencia:** CRA 10 1N-44 MODELO
Estudios: UNIVERSITARIO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **E.P.S:** NUEVA EPS **A.F.P:** COLPENSIONES **A.R.L:** POSITIVA

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

Scanned with CamScanner

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

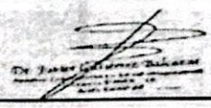
EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

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

OSTEOMUSCULAR: NO ANTECEDENTE DE LESIONES OSTEOMUSCULARES. PRUEBAS SEMIOLOGICAS NEGATIVAS. ADECUADA ESTABILIDAD ARTICULAR, ARCOS DE MOVIMIENTOS ARTICULARES NORMALES (AMA) EQUILIBRIO, PROPIOCEPCION Y COORDINACION ESTATICA Y DINAMICAS ADECUADAS APLICAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

MÉDICO

Firma: 

Nombre: CC: 14877694 - JAVIER GUTIERREZ

R. M.: 6860/89 L.S.O.: 03069/16

TRABAJADOR

Firma: Valentina Gomez C

Nombre: GOMEZ CANENCIO VALENTINA

CC 1061812798

Scanned with CamScanner

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 162.001

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:
SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GOMEZ CANENCIO VALENTINA	FEMENINO	27 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1061812798 (Número)

Cargo
ABOGADA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *APTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

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 OSTEOMUSCULAR	✓
VISIOMETRIA	✓	.....	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE GAFAS.	SVE VISUAL : CONTTROLES PERIODICOS PR OPTOMERIA	HÁBITOS SALUDABLES : DIETA SANA, EJERCICIO CONSTANTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS EN SU EPS.
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL ANUAL POR OPTIOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	NO FUMAR
	CAPACITACIÓN : SG-SST-	DIETA BALANCEADA

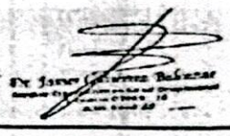
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTA PARA DESEMPEÑAR LAS TAREAS O ACTIVIDADES INHERENTES AL CARGO A CONTRATAR NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO

OTRAS RECOMENDACIONES:
I. PARA EL TRABAJADOR : PROCURAR EL AUTOCUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD: DIETA Y RECREACIÓN SANA, EJERCICIO DE MANERA REGULAR. ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE MANERA PERIODICA EN SU JORNADA LABORAL, POSTURAS ERGONOMICAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS SI ES EL CASO, INFORMAR OPORTUNAMEN TE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL QUE HAYA TENIDO U OBSERVADO EN LA ENTIDAD O SITIO DE TRABAJO

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.

Scanned with CamScanner

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: 	Código de Seguridad D670J1P162001	Firma: Valentina Gomez C
Nombre: CC: 14877694 - JAVIER GUTIERREZ		Nombre: GOMEZ CANENCIO VALENTINA
R. M.: 6860/89 L.S.O.: 03069/16		CC: 1061812798

Scanned with CamScanner

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



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 51974

Fecha: 09/01/2026 Ciudad: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Eps: NUEVA EPS
CC: 1061812798 Nombre: GOMEZ CANENCIO VALENTINA Edad: 27 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS Genero: FEMENINO
Fecha Nacimiento: 30/09/1998 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: ABOGADA
Dirección: CRA 10 1N-44 MODELO Teléfono: 3113959140

DATOS DEL ACUDIENTE

Nombre del Acompañante: NO REPORTA Parentesco: NO REPORTA Telefono Acompañante: NO REPORTA
Nombre del Responsable: ANDRES VELASCO Parentesco: PAREJA Telefono Responsable: 3164397171

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	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	ASISTE CON EPISODIO GRIPAL
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

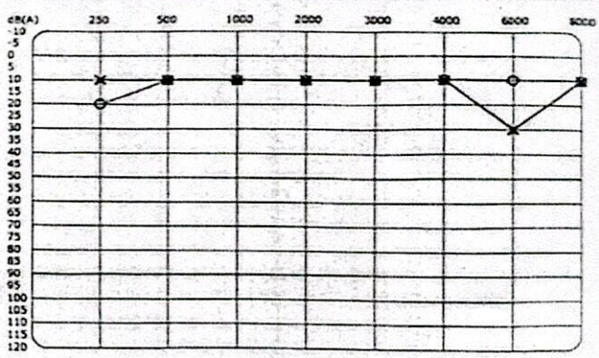
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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: SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 116 F. Ultima Calibración: 2025-05-10

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	20	10	10	10	10	10	10	10
VAOI	10	10	10	10	10	10	30	10

PTA Oído Derecho	PTA Oído Izquierdo
10.00	10.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído Izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

SE REALIZA VALORACIÓN CON TODO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP). SE OBTIENE: IDX: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL. SE DAN PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO.

Scanned with CamScanner

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: CC: 66987344 - SANDRA PATRICIA GARCIA

R. M.: 655365 L.S.O.:

Impreso el 09/01/2026 a las 12:08 p.m.

Código de Seguridad

G670M2S51974

TRABAJADOR

Firma: Valentina Gomez C.

Nombre: GOMEZ CANENCIO VALENTINA

CC 1061812798

Software para el sector salud - www.bioffe.com

Scanned with CamScanner

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 162.001

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:
SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GOMEZ CANENCIO VALENTINA	FEMENINO	27 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1061812798 (Número)

Cargo
ABOGADA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *APTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

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 OSTEOMUSCULAR	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	SVE VISUAL : CONTTROLES PERIODICOS PR OPTOMERIA	HÁBITOS SALUDABLES : DIETA SANA, EJERCICIO CONSTANTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS EN SU EPS.
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	NO FUMAR
	CAPACITACIÓN : SG-SST-	DIETA BALANCEADA

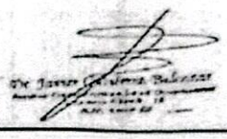
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTA PARA DESEMPEÑAR LAS TAREAS O ACTIVIDADES INHERENTES AL CARGO A CONTRATAR NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO

OTRAS RECOMENDACIONES:
I. PARA EL TRABAJADOR : PROCURAR EL AUTOCUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD: DIETA Y RECREACIÓN SANA, EJERCICIO DE MANERA REGULAR. ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE MANERA PERIODICA EN SU JORNADA LABORAL, POSTURAS ERGONOMICAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS SI ES EL CASO, INFORMAR OPORTUNAMEN TE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL QUE HAYA TENIDO U OBSERVADO EN LA ENTIDAD O SITIO DE TRABAJO

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.

Scanned with CamScanner

Médico			Aspirante o Trabajador
Firma:		Código de Seguridad C670I1O162001	Firma: Valentina Gomez C
Nombre: CC: 14877694 - JAVIER GUTIERREZ			Nombre: GOMEZ CANENCIO VALENTINA
R. M.: 6866789 L.S.O.: 03069716			CC: 1061812798

Scanned with CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
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@comfacauca.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) 09/01/2026 - 12:38 P. M.
Tipo Evaluacion Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
Empresa: PARTICULARES **Cargo:** ABOGADA
Nombres y Apellidos: GOMEZ CANENCIO VALENTINA :**CC** 1061812798 **de** POPAYÁN **Fecha de Nacimiento:** 30/09/1998 12:00
Edad: 27 AÑOS 3 M **Lugar de Nacimiento:** POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) **Dir. Residencia:** CRA 10 1N-44 MODELO
Estudios: UNIVERSITARIO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **E.P.S:** NUEVA EPS **A.F.P:** COLPENSIONES **A.R.L:** POSITIVA

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

Scanned with CamScanner

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

OSTEOMUSCULAR: NO ANTECEDENTE DE LESIONES OSTEOMUSCULARES. PRUEBAS SEMIOLOGICAS NEGATIVAS. ADECUADA ESTABILIDAD ARTICULAR, ARCOS DE MOVIMIENTOS ARTICULARES NORMALES (AMA) EQUILIBRIO, PROPIOCEPCION Y COORDINACION ESTATICA Y DINAMICAS ADECUADAS APLICAR EN TODAS LAS ACTIVIDADES LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

MÉDICO

Firma:

Nombre: CC: 14877694 - JAVIER GUTIERREZ

R. M.: 6860/89 **L.S.O.:** 03069/16

TRABAJADOR

Firma: Valentina Gomez C

Nombre: GOMEZ CANENCIO VALENTINA

CC 1061812798

Scanned with CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA

comfacauca

al servicio del trabajador y su familia

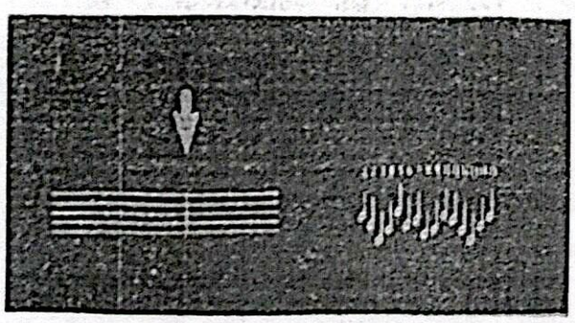
TAMIZAJE VISUAL PROGRAMA SERVICIO DE SALUD OCUPACIONAL IPS COMFACAUCA

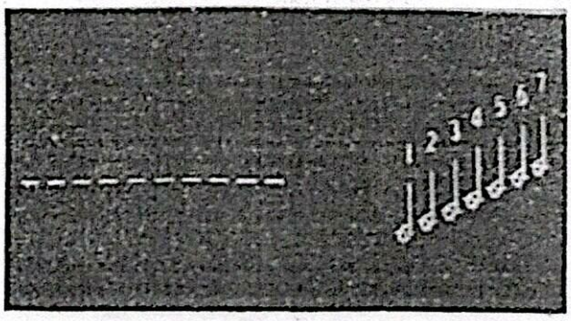
NOMBRE :	VALENTINA GOMEZ CANENCIO	SEXO	FEMENINO	
CEDULA :	1061812798	FECHA:		9/01/2026
EDAD:	27	UTILIZA GAFAS:	SI X	NO
OCUPACION:	ABOGADA	LENTES DE CONTACTO:	SI	NO X
EMPRESA:	PARTICULAR	ULTIMO CONTROL OPTOMETRIA:		1 AÑO
QUE PATOLOGIAS VISUALES PRESENTA:MIOPIA Y ASTIGMATISMO				

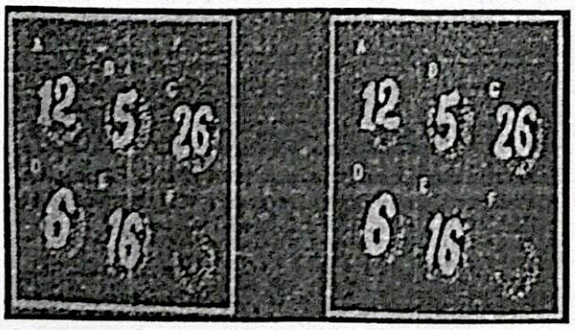
TEST DE MEDICION

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	85°	70°	55°	45°
DERECHO	-	-	-	-
IZQUIERDO	-	-	-	-

Scanned with CamScanner

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/ 50	AMBOS OJOS 20/ 50
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
	X	

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
	X	

PRUEBA # 5 PERCEPCION DE COLOR

A 12 ✓ B 5 ✓ C26 ✓ D6 ✓ E16 ✓ F (NADA)	ADECUADO	INADECUADO
Inadecuado(1-4) Aceptable(5-7) adecuado (8)	X	

PRUEBA # 6 BALANCE MUSCULAR

VISION LEJANA	RESULTADO	
	ADECUADO	INADECUADO
▪ A B	X	
VISION PROXIMA	**RESULTADO**	
	ADECUADO	INADECUADO
A • B	X	

VISION DEL COLOR: Normal X Anormal REMITIDO A OPTOMETRIA:

RESPONSABLE TAMIZAJE VISUAL auxiliar: Gaby Paola Llantén

Observaciones: Se realiza examen sin gafas, paciente refiere no traerlas.

Scanned with CamScanner

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 162.001

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:
SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GOMEZ CANENCIO VALENTINA	FEMENINO	27 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1061812798 (Número)

Cargo
ABOGADA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *APTA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

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 OSTEOMUSCULAR	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE GAFAS.	SVE VISUAL : CONTTROLES PERIODICOS PR OPTOMERIA	HÁBITOS SALUDABLES : DIETA SANA, EJERCICIO CONSTANTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS EN SU EPS.
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL ANUAL POR OPTIOMETRIA.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	NO FUMAR
	CAPACITACIÓN : SG-SST-	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTA PARA DESEMPEÑAR LAS TAREAS O ACTIVIDADES INHERENTES AL CARGO A CONTRATAR NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO

OTRAS RECOMENDACIONES:
I. PARA EL TRABAJADOR : PROCURAR EL AUTOCUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD: DIETA Y RECREACIÓN SANA, EJERCICIO DE MANERA REGULAR. ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE MANERA PERIODICA EN SU JORNADA LABORAL, POSTURAS ERGONOMICAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS SI ES EL CASO, INFORMAR OPORTUNAMEN TE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL QUE HAYA TENIDO U OBSERVADO EN LA ENTIDAD O SITIO DE TRABAJO

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.

Scanned with CamScanner

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad D670J1P162001	Firma: Valentina Gomez C
Nombre: CC: 14877694 - JAVIER GUTIERREZ		Nombre: GOMEZ CANENCIO VALENTINA
R. M.: 6860/89 L.S.O.: 03069/16		CC: 1061812798

Scanned with CamScanner

Personería Municipal de Popayán	PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN	
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión: 01
		Fecha:
	Carta de recomendaciones médicas laborales	Página 1 de 1

Fecha: 01042026
Nombre: ELIZABETH MIRANDA ERAZO
Cargo: CONTRATISTA APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES EN LAS INSTALACIONES DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN

El compromiso de **LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL [X]	**MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** [ ]	**POST INCAPACIDAD** [ ]
TRABAJO EN ALTURAS [ ]	**REUBICACION** [ ]	**OTRO:** [ ]

Por lo tanto, me permito informar que se generaron las siguientes recomendaciones por parte del médico de la IPS

TIPO DE RECOMENDACIONES	DESCRIPCION RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES MEDICAS	Valoración por EPS para seguimiento de peso, valoración de medico nutricionista en su EPS para evaluación integral de su condición de peso actual.
RECOMEDACIONES OCUPACIONALES	SVE Cardiovascular SVE Osteomuscular

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo de su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico, para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a talento humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizara un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Elizabeth Miranda E
Firma
Nombres y Apellidos: elizabeth Miranda Eraza
Cedula: 34330328
Cargo: contratista

ELABORO	REVISO	APROBO
Contratista Apoyo SST Fecha: 02/02/2026	Fecha	Fecha

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0
Calle 2 N # 6 A 94 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 119.865

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	02 MES	2024 AÑO	POPAYAN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	PARTICULARES

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tarjeta Desconocido, Registro Civil, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MIRANDA ERAZO ELIZABETH	FEMENINO	34 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS	Tipo: CC	Número: 34330328

Cargo: AUXILIAR DE APOYO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *PUEDE DESEMPEÑARSE EN EL CARGO A CONTRATAR TIENE RECOMENDACIONES*

N/A | NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES

SIN RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

NO APLICA

RECOMENDACIONES

NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MEDICO PLAN ETTO Y SEGUIMIENTO DE PESO VALORACION POR EPS VALORACION MEDICO NUTRICIONAL EN SU EPS PARA EVALUACION Y MANEJO INTEGRAL DE SU CONDICION DE PESO ACTUAL	USO DE EPP DE LAS RECOMENDADOS DE MANERA ESPECIAL EL USO DE LOS POR LA REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS POSTURAS ERGONOMICAS Y ADECUADO MANEJO DE CARGAS EVITAR ACTOS INSEGUROS QUE PUEDAN CAUSAR UN ACCIDENTE LABORAL SVE VISUAL SVE CARDIOVASCULAR PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEOMUSCULAR CAPACITACION	HABITOS SALUDABLES DIETA SANA EJERCICIO CONSTANTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS EN SU EPS CONTROL DE PESO HACER DEPORTE NO FUMAR DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE EVALUADA PARA EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO, EVIDENCIANDOSE BUEN ASPECTO GENERAL PRESENTA CONDICION CLINICA DE ORIGEN COMUN NO ASOCIADA A RESTRICCIONES LABORALES PREVIAS O ACTUALES NO INDICIOS NI PATOLOGIA DE ORIGEN LABORAL NIEGA COVID 19 NI SINTOMAS SUGESTIVOS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS VACUNA COVID-19 NO

APLICAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCION DEL COVID-19 TANTO DENTRO COMO FUERA DE SU JORNADA LABORAL

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 mi 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

Software para el sector salud - www.dorian.com.co
Powered by CamScanner

Médico

Firma

Nombre: IBRACH FERNANDEZ JOSE OSWALDO

R.M. 5671/90 L.S.O.: 246-10

Código de Seguridad

O670U1A54681

Aspirante o Trabajador

Firma

Nombre: MIRANDA ERAZO ELIZABETH

C.C.

Personería Municipal de Popayán	PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN	
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión: 01
		Fecha:
	Carta de recomendaciones médicas laborales	Página 1 de 1

Fecha: 01042026
Nombre: ANDRES FELIPE LEDESMA TAIMAL
Cargo: CONTRATISTA APOYO A LA GESTIÓN EN LOS ASUNTOS RELACIONADOS CON PRENSA Y COMUNICACIONES DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN

El compromiso de **LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL [X]	**MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** [ ]	**POST INCAPACIDAD** [ ]
TRABAJO EN ALTURAS [ ]	**REUBICACION** [ ]	**OTRO:** [ ]

Por lo tanto, me permito informar que se generaron las siguientes recomendaciones por parte del médico de la IPS

TIPO DE RECOMENDACIONES	DESCRIPCION RECOMENDACIONES

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo de su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico, para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a talento humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizara un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Firma
Nombres y Apellidos: Andrés Felipe Ledesma Taimal
Cedula: 1061712546
Cargo: comunicador

ELABORO	REVISO	APROBO
Contratista Apoyo SST Fecha: 02/02/2026	Fecha	Fecha

Soluintegral SAC S.A.S.

Soluintegral SAC SAS
NIT: **90720154-1**
Dir: **Carrera 3bis 15AN - 12**
Centro de Especialistas Valle de Pubenza consultorio 101
Popayán, Cauca
Cel: **312 632 7097 - 301 236 6771**
E-mail: **soluintegralemo@gmail.com**



N° 15.028

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
02 DÍA	01 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de identificación	
LEDESMA. TAIMAL. ANDRES. FELIPE.	MASCULINO	37 AÑOS 3 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	1061712596 (Número)

Cargo: **COMUNICADOR SOCIAL**

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO SIN RESTRICCIONES**

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
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN : RELACIONADAS CON EL CARGO Y CON EL SGSST	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ADULTO EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO NORMAL DEL CARGO AL QUE APLICA.
ALERGICO A LA PENICILINA.

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:

Nombre: CC: 1061710999 - INGRID SORAYA CALVACHE

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

Código de Seguridad U1003A1G15028

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LEDESMA. TAIMAL. ANDRES. FELIPE.

CC: 1061712596

Personería Municipal de Popayán	PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN	
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión: 01
		Fecha:
	Carta de recomendaciones médicas laborales	Página 1 de 1

Fecha: 01042026
Nombre: YISELY DOLORES ALOMIA RIASCOS
Cargo: CONTRATISTA PROFESIONAL PSICÓLOGA BRINDANDO APOYO PSICOSOCIAL A LOS USARIOS DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYÁN

El compromiso de **LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL [X]	**MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** [ ]	**POST INCAPACIDAD** [ ]
TRABAJO EN ALTURAS [ ]	**REUBICACION** [ ]	**OTRO:** [ ]

Por lo tanto, me permito informar que se generaron las siguientes recomendaciones por parte del médico de la IPS

TIPO DE RECOMENDACIONES	DESCRIPCION RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES MEDICAS	Valoración EPS: control de peso, afinamiento TA
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	SVE cardiovascular

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo de su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico, para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a talento humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizara un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Yisely Alomia R
Firma Yisely A.R
Nombres y Apellidos: Yisely Dolores Alomia R
Cedula: 1059 [illegible]41
Cargo: contratista

ELABORO	REVISO	APROBO
Contratista Apoyo SST Fecha: 02/02/2026	Fecha	Fecha

GMO SST COLOMBIA
IPS EN MEDICINA LABORAL

GRUPO MEDICO OCUPACIONAL SST COLOMBIA SAS
NIT 901.667.281-1
LICENCIA SST 4145020146090
Cra 38A # 5A - 26 (Imbanaco) Cali-Colombia
Cel: (602) 401 9345 316 446 9263

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL



FECHA DE ATENCION	2026-01-22
TIPO DE EXAMEN	INGRESO
EMPRESA	PERSONA NATURAL
EMPRESA EN MISION	
NOMBRE DEL TRABAJADOR	YISELY DOLORES ALOMIA RIASCOS
CEDULA	1059044141
EDAD	36 AÑOS
CARGO A OCUPAR	PSICOLOGA

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN	LABORATORIO
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

CONCEPTO VALORACION MEDICA

CONCEPTO :	SIN ALTERACIONES PARA SU TRABAJO
RECOMENDACIONES :	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA. CONSUMIR DIETA BALANCEADA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS. MANEJAR EL ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y AUTOCUIDADO. UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN SU TRABAJO.
RESTRICCIONES :	NINGUNA

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA - SVE

AUDITIVO ( ) | BIOLOGICO ( ) | CARDIO RESPIRATORIO ( ) | CARDIOVASCULAR ( ) | CONSERVACION DE LA VOZ ( ) | ERGONOMICO ( ) | PSICOSOCIAL ( ) | QUIMICO ( ) | VISUAL ( ) |

Ana María Torres Ll.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
LIC SST 0719/09-22

Yisely Alomia

ANA TORRES LLOREDA	YISELY DOLORES ALOMIA RIASCOS
CC 66785851	1059044141

El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, familiares y personales que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información suministrada durante este examen es cierta

NOTA: La Historia Clínica es un documento estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo los siguientes casos: cuando medie mandato judicial; por autorización expresa, escrita y con firma autenticada del trabajador interesado; y por la solicitud de las autoridades competentes de previsión y seguridad social (MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL). Resolución 6398 de 1991. Artículo 2).

Personería Municipal de Popayán	PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN	
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión: 01
		Fecha:
	Carta de recomendaciones médicas laborales	Página 1 de 1

Fecha: 01042026
Nombre: JOAN DAVID ORTEGA TOVAR
Cargo: CONTRATISTA PROFESIONAL BRINDANDO APOYO EN LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS TRAMITES Y SOLICITUDES AMBIENTALES QUE SEAN RECEPCIONADAS EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN

El compromiso de **LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL [X]	**MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** [ ]	**POST INCAPACIDAD** [ ]
TRABAJO EN ALTURAS [ ]	**REUBICACION** [ ]	**OTRO:** [ ]

Por lo tanto, me permito informar que se generaron las siguientes recomendaciones por parte del médico de la IPS

TIPO DE RECOMENDACIONES	DESCRIPCION RECOMENDACIONES

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo de su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico, para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a talento humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizara un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Firma
Nombres y Apellidos: Joan David Ortega Tovar
Cedula: 10.302.534
Cargo: Contratista

ELABORO	REVISO	APROBO
Contratista Apoyo SST Fecha: 02/02/2026	Fecha	Fecha

03/01/2026

Paula Ramirez
Medica Ocupacional

Datos del paciente

Tipo de examen: pre ingreso ocupacional

Nombres: Joan David Apellidos: Ortega Tovar

Edad: 41 Genero: M ☑ F ☐ Nº id: 10302539 Estado civil: Soltero

Escolaridad: Universitario Ciudad: Popayán Dirección: clle 13 nro 5-46

Datos laborales

Empresa: contratisa ARL ☑ EPS ☑ Porvenir/nueva eps Ocupación: contratista

Concepto medico ocupacional

De acuerdo al examen médico ocupacional realizado a la ☑Sr. ☐Sra. Joan David Ortega Tovar identificado/a con documento de identidad No. 10302539 de la ciudad de Popayán , se considera ☑Apto/a sin restricciones ☐Apto/a con recomendaciones ☐No Apto/a ☐Aplazado ☐Apto/a con restricciones medicas ocupacionales para desempeñar la ocupación de contratista

Restricciones ocupacionales Aplica: No

Recomendaciones ocupacionales Aplica: No

A«titn» «aía taísas ss«sciacas Aplica: No

Examenes diagnostico complementario

No aplica

Sistema de vigilancia epidemiologica

Visual	☐	Psicosocial	☐
Auditivo	☐	Biologico	☐
Respiratorio	☐	Quimico	☐
Cardiovascular	☐	Trabajo de alto riesgo	☐
Biomecanico	☐	Radiacion	☐

Enfasis

No aplica

Recomendaciones medicas generales para el trabajador:

- **Autocuidado** (Pausas activas durante la jornada laboral). ☑
- **Habitos saludables** (Dieta balanceada y ejercicio para fortalecer y acondicionar el cuerpo) ☐
- **Pérdida de peso recomendada** (Valoración nutricional en EPS para programa de pérdida de peso). ☐
- Valoración por oftalmología para manejo de pterigión ☐
- Valoración anual por optometría para actualizar de fórmula de lentes. ☐
- Solicitar valoración en EPS por disminución de agudeza visual. ☐

Recomendaciones medicas generates para el trabajador:

- **Higiene postural y de columna.** ☐
- **Cambios frecuentes de sedente a bipedestaci6n por lo menos cada hora.** ☐
- **Utilizar adecuadamente elementos de protecci6n personal, seg(m el perfil del cargo.** ☐
- **Informar oportunamente sobre incidentes y accidentes de trabajo** ☐
- **Valoraci6n en su EPS para realizar afinamiento de presi6n arterial.**
- **Dotar de EPP {para C0VID 19) Y segun el perfil del trabajador.** ☐
- **Educaci6n sobre estilos de vida saludable y autocuidado.** ☐
- **Reubicaci6n laboral.** ☐
- **Seguimiento de casos por Aseguradora de riesgos laborales {ARL)** ☐
- **Control de** lipidos{Colesterol, trigliceridos) **en EPS** (dieta baja en grasas y carbohidratos.) ☐
- **Valoraci6n en su EPS para formula de manejo antiparasitario.** ☐
- **Valoraci6n en su EPS para manejo de patologia osteomuscular** ☐
- **Mantener y aplicar adecuadamente protocolo de bioseguridad de su empresa**
- **Mantener puesto de trabajo ergon6mico. Educaci6n en ergonomia.** ✓
- **Incentivar seguridad y salud en el trabajo.** ☐
- **Educaci6n sobre manejo de cargas, segun el riesgo.** ☐
- **Revision de puesto de trabajo** ☐

Consentimiento informado

las evaluaciones medicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposici6n a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud de los trabajadores; asf fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiologica mediante los programas de promoci6n y prevenci6n de la salud. (Resoluci6n 1843 de 2025, Ministerio del trabajo, sobre los examenes médicos ocupacionales en Colombia). Autorizo al medico ocupacional, quien firma este certificado a realizar el presente examen medico ocupacional y pruebas complementarias a las que haya lugar. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y prop6sito de estos examenes. Entiendo que la realizaci6n de estos examenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico ademas que las respuestas que doy son completas y verfdicas, que no omito informaci6n relevante quepudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas.Se me informo tambien que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislaci6n vigente. Comprendo las explicacio-nes y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Esp. Ocupacional

Trabajador

Paula Andrea Ramirez Otero
ReTHUS 633179/2012
SST 12678-11/2022

Personería Municipal de Popayán	PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN	
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión: 01
		Fecha:
	Carta de recomendaciones médicas laborales	Página 1 de 1

Fecha: 01042026
Nombre: DIANA PATRICIA SANCHEZ TORRES
Cargo: CONTRATISTA PROFESIONAL BRINDANDO APOYO EN LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS TRAMITES Y SOLICITUDES AMBIENTALES QUE SEAN RECEPCIONADAS EN LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN

El compromiso de **LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL [X]	**MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** [ ]	**POST INCAPACIDAD** [ ]
TRABAJO EN ALTURAS [ ]	**REUBICACION** [ ]	**OTRO:** [ ]

Por lo tanto, me permito informar que se generaron las siguientes recomendaciones por parte del médico de la IPS

TIPO DE RECOMENDACIONES	DESCRIPCION RECOMENDACIONES

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo de su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico, para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a talento humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizara un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Firma
Nombres y Apellidos: Diana Patricia Sánchez
Cedula: 1061758403
Cargo: Contratista.

ELABORO	REVISO	APROBO
Contratista Apoyo SST Fecha: 02/02/2026	Fecha	Fecha

Angela Maria Velasco Beltran

NIT. 1.061.687.587

Carrera 11 # 17 n 105 Antonio Nariño

Cel. 3186833663 - Tel. 8344923 - E-mail. medicoangelavelasco@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.043

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	04 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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SÁNCHEZ TORRES DIANA PATRICIA	FEMENINO	31 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	1.061758403 (Número)

Cargo: INGENIERO AMBIENTAL Y SANITARIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO IMPIDE REALIZAR 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	✓	OPTOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP : SEGUN SU PUESTO.	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 3 HORAS, 10 MINUTOS.	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL HA SIDO ASIGNADO SIN RESTRICCIÓN O RECOMENDACIÓN.
EMPRESA: ALCALDIA DE POPAYAN.

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

Médico Angela Velasco
Esp. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
C.C 1.061.687.587

Firma:

Nombre: VELASCO BELTRAN ANGELA

R. M.: 1061687587 L.S.O.: 04294052022

Código de Seguridad
D1224J1P2043

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SÁNCHEZ TORRES DIANA PATRICIA

CC: 1061758403

Personería Municipal de Popayán	PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN	
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión: 01
		Fecha:
	Carta de recomendaciones médicas laborales	Página 1 de 1

Fecha: 01042026
Nombre: YUREIDI PAOLA LUGO COTACIO
Cargo: CONTRATISTA APOYO A LA GESTION COMO ASISTENTE ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE SALUD Y SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

El compromiso de **LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL [X]	**MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** [ ]	**POST INCAPACIDAD** [ ]
TRABAJO EN ALTURAS [ ]	**REUBICACION** [ ]	**OTRO:** [ ]

Por lo tanto, me permito informar que se generaron las siguientes recomendaciones por parte del médico de la IPS

TIPO DE RECOMENDACIONES	DESCRIPCION RECOMENDACIONES

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo de su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico, para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a talento humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizara un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Yureidi Paola Lugo C
Firma
Nombres y Apellidos: Yureidi Paola Lugo Cotacio
Cedula: 1006529311
Cargo: Contratista.

ELABORO	REVISO	APROBO
Contratista Apoyo SST Fecha: 02/02/2026	Fecha	Fecha

23 /01 / 2026

Paula Ramirez
Medica Ocupacional

Datos del paciente

Tipo de examen: pre ingreso ocupacional

Nombres: Yureidi Paola

Apellidos: Lugo Cotacio

Edad: 23

Genero: M ☐ F ☑

Nº id: 1006529311

Estado civil: soltera

Escolaridad: Bachiller

Ciudad: Popayán

Dirección: Cra. 17B bis nro. 15-63

Datos laborales

Empresa: Independiente

ARL ☐ EPS ☑ Asmet salud

Ocupación: Independiente

Concepto medico ocupacional

De acuerdo al examen médico ocupacional realizado a la ☑Sr. ☐Sra. Yureidi Paola Lugo Cotacio identificado/a con documento de identidad No. 1006529311 de la ciudad de _____ , se considera ☑Apto/a sin restricciones ☐Apto/a con recomendaciones ☐No Apto/a ☐Aplazado ☐Apto/a con restricciones medicas ocupacionales para desempeñar la ocupación de Independiente

Restricciones ocupacionales Aplica: No

Recomendaciones ocupacionales Aplica: No

Aptitud para tareas especificas Aplica: No

Examenes diagnostico complementario

no aplica

Sistema de vigilancia epidemiologica

Visual	☐	Psicosocial	☐
Auditivo	☐	Biologico	☐
Respiratorio	☐	Quimico	☐
Cardiovascular	☐	Trabajo de alto riesgo	☐
Biomecanico	☐	Radiacion	☐

Enfasis

no aplica

Recomendaciones medicas generales para el trabajador:

Autocuidado (Pausas activas durante la jornada laboral). ☑

Habitos saludables (Dieta balanceada y ejercicio para fortalecer y acondicionar el cuerpo) ☑

Pérdida de peso recomendada (Valoración nutricional en EPS para programa de pérdida de peso). ☐

Valoración por oftalmología para manejo de pterigión ☐

Valoración anual por optometría para actualizar de fórmula de lentes. ☐

Solicitar valoración en EPS por disminución de agudeza visual. ☐

Recomendaciones medicas generales para el trabajador:

- Higiene postural y de columna. ☐
- Cambios frecuentes de sedente a bipedestación por lo menos cada hora. ☐
- Utilizar adecuadamente elementos de protección personal, según el perfil del cargo. ☐
- Informar oportunamente sobre incidentes y accidentes de trabajo ☑
- Valoración en su EPS para realizar afinamiento de presión arterial. ☐
- Dotar de EPP (para COVID 19) Y según el perfil del trabajador. ☐
- Educación sobre estilos de vida saludable y autocuidado. ☐
- Reubicación laboral. ☐
- Seguimiento de casos por Aseguradora de riesgos laborales (ARL) ☐
- Control de lípidos(Colesterol, triglicéridos) en EPS (dieta baja en grasas y carbohidratos.) ☐
- Valoración en su EPS para formula de manejo antiparasitario. ☐
- Valoración en su EPS para manejo de patología osteomuscular ☐
- Mantener y aplicar adecuadamente protocolo de bioseguridad de su empresa ☐
- Mantener puesto de trabajo ergonómico. Educación en ergonomía. ☐
- Incentivar seguridad y salud en el trabajo. ☑
- Educación sobre manejo de cargas, según el riesgo. ☐
- Revisión de puesto de trabajo ☐

Consentimiento informado

las evaluaciones medicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud de los trabajadores; así fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiologica mediante los programas de promoción y prevención de la salud. (Resolución 1843 de 2025, Ministerio del trabajo, sobre los examenes médicos ocupacionales en Colombia). Autorizo al médico ocupacional, quien firma este certificado a realizar el presente examen médico ocupacional y pruebas complementarias a las que haya lugar. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas, que no omito información relevante quepudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas.Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendo las explicacio-nes y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Esp. Ocupacional

Paula D. Ramirez O

Paula Andrea Ramirez Otero
ReTHUS 633179/2012
SST 12678-11/2022

Trabajador

yuredipada logoc

Personería Municipal de Popayán	PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN	
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión: 01
		Fecha:
	Carta de recomendaciones médicas laborales	Página 1 de 1

Fecha: 01042026
Nombre: YURY ALEJANDRA HOME ROJAS
Cargo: CONTRATISTA PROFESIONAL CONTADOR PUBLICO EN LA ORGANIZACION, REVISION Y CONTROL DEL MANEJO CONTABLE, FINANCIERO Y TRIBUTARIO DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN.

El compromiso de **LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL [X]	**MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** [ ]	**POST INCAPACIDAD** [ ]
TRABAJO EN ALTURAS [ ]	**REUBICACION** [ ]	**OTRO:** [ ]

Por lo tanto, me permito informar que se generaron las siguientes recomendaciones por parte del médico de la IPS

TIPO DE RECOMENDACIONES	DESCRIPCION RECOMENDACIONES

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo de su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico, para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a talento humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizara un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Firma
Nombres y Apellidos: Yury Alejandra Home Rojas
Cedula: 1061715555 Popayan
Cargo: Contratista

ELABORO	REVISO	APROBO
Contratista Apoyo SST Fecha: 02/02/2026	Fecha	Fecha

PREVENTSALUD

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-01-16

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	CONSUMIDOR FINAL	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	YURY ALEJANDRA HOME ROJAS	Documento:	CC 1061715555
Fecha de nacimiento:	1989-01-13	Lugar de nacimiento:	ISNOS (HUILA)
Edad:	37 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	TRAV 9A 55BN 36 CASA 67 CONDOMINIO MONTE LUGANO	Municipio:	POPAYAN
Teléfono:	3117566255	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	CONTRATISTA	EPS:	Sanitas
AFP:	NO SABE	ARL:	NO SABE
RH:	O+		
Responsable**:	YURY ALEJANDRA (ELLA)	Teléfono:	3216753660
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** *La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna:Covid-19 - Dosis 2 - No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: Su capacidad visual es adecuada para la ocupación.
Audiometría: NO APLICA.
Espirometría computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a YURY ALEJANDRA HOME ROJAS con documento de identificación No. 1061715555 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de CONTRATISTA del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICO LABORALES

1. Pausas activas acorde al SG-SST instaurado por la empresa.

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Clasifiación PVE:
CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR METODOLOGÍA NHANES Se calcula el riesgo de un evento cardiovascular en los siguientes 5 años como MUY BAJO.

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MÉDICO: En el examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que se encontró una agudeza visual adecuada para el desempeño de la ocupación actual.

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados: - Hemoleucograma: leucopenia leve, resto de valores Dentro de límites normales; - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: Dentro de valores límites normales; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

valoración psicosocial. DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier

Scanned with CamScanner

Personería Municipal de Popayán	PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN	
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión: 01
		Fecha:
	Carta de recomendaciones médicas laborales	Página 1 de 1

Fecha: 01042026
Nombre: DANA ISABELA CAMPO BENAVIDEZ
Cargo: CONTRATISTA APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS INFORMÁTICOS, SERVICIOS DE RED Y BASES DE DATOS DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN.

El compromiso de **LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL [X]	**MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** [ ]	**POST INCAPACIDAD** [ ]
TRABAJO EN ALTURAS [ ]	**REUBICACION** [ ]	**OTRO:** [ ]

Por lo tanto, me permito informar que se generaron las siguientes recomendaciones por parte del médico de la IPS

TIPO DE RECOMENDACIONES	DESCRIPCION RECOMENDACIONES

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo de su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico, para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a talento humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizara un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Firma
Nombres y Apellidos: Danna Isabella Campo Benavidez.
Cedula: 1003103094
Cargo: Contratista.

ELABORO Carlos Geovanny Gomez	REVISO	APROBO
Contratista Apoyo SST Fecha: 02/02/2026	Fecha	Fecha

SocialMed IPS
GESTIONAMOS TU SALUD

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE: *DANA ISABELA CAMPO BENAVIDEZ*
IDENTIFICACIÓN: *1003103094*
ESTADO CIVIL: *SOLTERA*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*
ETNIA: *NINGUNO*
GRUPO SANGUINEO y RH: *A +*
DIRECCIÓN: *TIMBIO*

SEXO: *FEMENINO*
EDAD: *24 año(s).*
FECHA NACIMIENTO: *12-08-2000*
TELEFONO: *3116327116*
TIPO DE USUARIO: *ND*
FECHA DE ATENCIÓN: *2025-03-21*
FECHA DE IMPRESIÓN: *21-03-2025 02:30 pm*

DATOS PERSONALES

OCUPACION: *NA*, **GRUPO POBLACIONAL:** *NA*, **SABE LEER O ESCRIBIR:** *SI*, **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** *PROFESIONAL*

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE LO REMITE: PERSONERIA DE POPAYÁN
CARGO (EMPRESA ACTUAL O AL QUE ASPIRA): TÉCNICO EN SISTEMAS
TIPO DE VALORACIÓN: INGRESO
ÉNFASIS: SIN ENFASIS
MOTIVO DE CONSULTA: VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **PROFESIÓN:** *NA* ***CARGO***: TÉCNICO EN SISTEMAS

CONCEPTO

EL SERVICIO MÉDICO OCUPACIONAL CON EL/LA DOCTORA **PILAR IVONNE DE LA VEGA CRUZ,** MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, MEDIANTE EL EXAMEN DE APTITUD, PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO Y DE LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES AL [illegible]MO, EMITE QUE LA PERSONA IDENTIFICADA EN ESTE CERTIFICADO ES:

¿EXISTEN CONDICIONES DE SALUD QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL?: N O
EXAMEN APLAZADO: NO
EVOLUCIÓN O ANOTACIÓN ADICIONAL: NORMAL

RECOMENDACIONES

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE:

- HÁBITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DEL PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

MEDICAS:

- VALORACIÓN MEDICA DE RUTINA

[illegible]UPACIONALES:

- USO DE EPP PAUSAS ACTICAS E HIGIENE POSTURAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES: EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL REALIZADA EL DIA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN [illegible]ORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O LA EMPRESA CONTRATANTE. ADULTO EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LIMITACIONES NI [illegible]ESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO NORMAL DEL CARGO AL QUE APLICA, SE RECOMIENDA: - SIN ALTERACION OSTEOMUSCULAR QUE LIMITE SU DESEMPEÑO LABORAL - SE DAN PAUTAS DE AUTO CUIDADO INTRA Y EXTRALABORALES - POSIBILITAR CAMBIOS POSTURALES Y EJECUCIÓN DE PAUSAS ACTIVAS MIXTAS O DESCANSOS DURANTE LA JORNADA 5 A 10 MINUTOS POR CADA 2 HORAS DE TRABAJO – - CAPACITACIONES SOBRE HIGIENE POSTURAL DE ACUERDO AL CARGO Y PUESTO DE TRABAJO - CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR PARA CONTROL DEL PESO Y POSTERIOR FORTALECIMIENTO MUSCULAR - RECOMENDACIONES SOBRE

Firma: Pilar Dlavega

Firma: Danna Isabella Campo

SocialMed IPS GESTIONAMOS TU SALUD	CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE: *DANA ISABELA CAMPO BENAVIDEZ*	**SEXO:** *FEMENINO*
IDENTIFICACIÓN: *1003103094*	**EDAD:** *24 año(s).*
ESTADO CIVIL: *SOLTERA*	**FECHA NACIMIENTO:** *12-08-2000*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:** *3116327116*
ETNIA: *NINGUNO*	**TIPO DE USUARIO:** *ND*
GRUPO SANGUINEO y RH: *A +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *2025-03-21*
DIRECCIÓN: *TIMBIO*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *21-03-2025 02:30 pm*

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE - ALIMENTACIÓN BALANCEADA - HIGIENE DEL SUEÑO - USO ADECUADO DE LOS EPP -

La presente certificación se expide con la base a la historia clínica ocupacional del trabajo, lo cual tiene un carácter confidencial

Firma: Pilar Dvega

PILAR IVONNE DE LA VEGA CRUZ
cc.1061706577 // SALUD OCUPACIONAL

Firma: Dana Isabella Campo.

DANA ISABELA CAMPO BENAVIDEZ

Personería Municipal de Popayán	PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN	
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código:
		Versión: 01
		Fecha:
	Carta de recomendaciones médicas laborales	Página 1 de 1

Fecha: 01042026
Nombre: DIANA PATRICIA GALVEZ ROJAS
Cargo: CONTRATISTA PROFESIONAL EN EL AREA DE CONTROL INTERNO Y MIPG DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN

El compromiso de **LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

MEDICO PREOCUPACIONAL [X]	**MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO** [ ]	**POST INCAPACIDAD** [ ]
TRABAJO EN ALTURAS [ ]	**REUBICACION** [ ]	**OTRO:** [ ]

Por lo tanto, me permito informar que se generaron las siguientes recomendaciones por parte del médico de la IPS

TIPO DE RECOMENDACIONES	DESCRIPCION RECOMENDACIONES

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo de su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico, para que se dé el manejo recomendado.

Agradecemos, notifique a talento humano, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizara un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Firma
Nombres y Apellidos: DIANA GALVEZ
Cedula: 1061706383
Cargo: CONTRATISTA

ELABORO	REVISO	APROBO
Contratista Apoyo SST Fecha: 02/02/2026	Fecha	Fecha

Activa ipso
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT. 901.485.534-0
CALLE 17N #6-66 BARRIO EL RECUERDO
CELULAR. 313 7963800



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 65.646

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	01 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GALVEZ ROJAS DIANA PATRICIA	FEMENINO	37 AÑOS 10 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1061706383 (Número)

Cargo: ADMINISTRATIVA - CONTRATISTA

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL CAPACITACIÓN : PAUSAS ACTIVAS SEGUN SGSST DE LA EMPRESA	HÁBITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ÉNFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: EN EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL REALIZADO SE HIZO UNA COMPLETA REVISIÓN DE SU SISTEMA OSTEOMUSCULAR, EXTREMIDADES Y COLUMNA, BUSCANDO PATOLOGÍAS O SECUELAS DE ESTAS QUE PUDIERAN CONSTITUIR UN RIESGO AUMENTADO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SU TRABAJO HABITUAL, O DE AQUELLAS QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS. CUALQUIER ALTERACIÓN SIGNIFICATIVA ENCONTRADA SE AMPLIARÁ EN EL CERTIFICADO MÉDICO, CON EL OBJETO DE DEFINIR SU ESTADO, IMPLICACIONES OCUPACIONALES O LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO.

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 mi 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		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad B979H1N65646	Firma: Diana Galvez
Nombre: CC: 38561060 - KATHERINE GARCIA		Nombre: GALVEZ ROJAS DIANA PATRICIA
R. M.: 198514 L.S.O.: 1979		CC: 1061706383