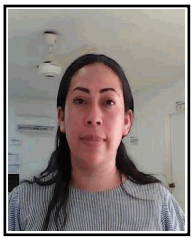
C&M CONSULTORES IPS S.A.S
NIT. 900422116-1

Sede principal. Carrera 15 No. 103A-24 Bucaramanga - Santander
Sucursales. Santa Marta - Plato - Calle 5 No. 6-06 - El Banco
Cels. 301 540 1089 - 302 272 2666
Email. ips@cymconsultorespecialistas.com - gerencia@cymconsultorespecialistas.com
www.cymconsultorespecialistas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.775

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	01 MES	2024 AÑO	EL BANCO (MAGDALENA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO 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)

GUERRA RIZO JENNY MARISELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	37 AÑOS 11 MESES 2 DÍAS	CC	1.085.034.158
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ECONOMISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRIA	✓
AUDIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTA PARA LABORAR SIN RESTRICCION
CONTINUAR HABITOS ALIMENTICIOS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: PEDROZO MORALES ROSA MARIA

R. M.: 34176/20 **L.S.O.:** 000436

Aspirante o Trabajador



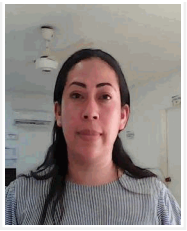
Firma:

Nombre: GUERRA RIZO JENNY MARISELA

CC: 1.085.034.158

C&M CONSULTORES IPS S.A.S
NIT. 900422116-1

Sede principal. Carrera 15 No. 103A-24 Bucaramanga - Santander
Sucursales. Santa Marta - Plato - Calle 5 No. 6-06 - El Banco
Cels. 301 540 1089 - 302 272 2666
Email. ips@cymconsultorespecialistas.com - gerencia@cymconsultorespecialistas.com
www.cymconsultorespecialistas.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 1726**

Fecha: 05/01/2024 **Ciudad:** EL BANCO (MAGDALENA, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **Eps:**
CC: 1.085.034.158 **Nombre:** GUERRA RIZO JENNY MARISELA **Edad:** 37 AÑOS 11 **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 01/02/1986 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** ECONOMISTA

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	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

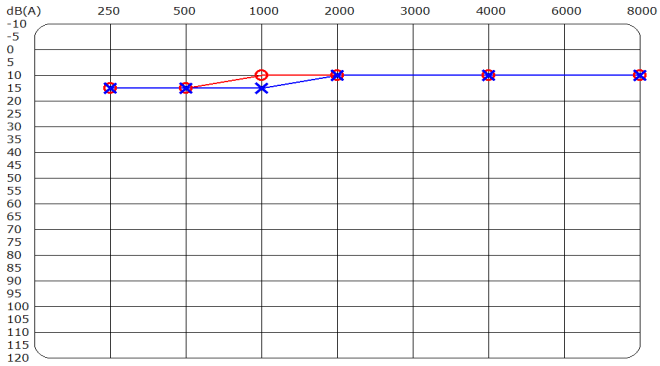
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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: AUDIOMETRO **F. Ultima Calibración:** 2018-04-10

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	15	15	10	10		10		10
VAOI	15	15	15	10		10		10

SEVERIDAD - CAOHC

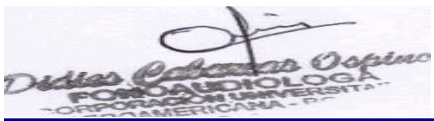
Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: CABARCAS OSPINO DIDIES
R. M.: 3911 **L.S.O.:**

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: GUERRA RIZO JENNY MARISELA
CC 1.085.034.158