SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
IDENTIFICACIÓN: NIT - 901050606-5
DIRECCIÓN: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
TELÉFONO: 6047848919
EMAIL: GESTION.SOINT@GMAIL.COM - COMERCIAL.SOINT@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN **OSTEOMUSCULAR**

FECHA DE IMPRESION: 2026/08/08 07:49:40 VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	VERONICA - SANCHEZ PEÑA	**FECHA DE NACIMIENTO:**	2002-10-08
IDENTIFICACIÓN:	CC - 1003000716	**EDAD:**	23 AÑOS
SEXO:	FEMENINO		
FONDO DE PENSIONES:	PROTECCIÓN		
EPS:	SALUD TOTAL S.A.	**ARL:**	NO TIENE AFILIACION



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS	**IDENTIFICACIÓN:**	- 901050606
EMPRESA CONTRATANTE:	INDEPENDIENTE	**EMPRESA A LABORAR:**	INDEPENDIENTE
CONVENIO:	CONTRATO NO 12 : SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS : EVENTO	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	2026080802012	**TIPO DE EVALUACION:**	EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO
CARGO:	CONTRATISTA	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-08-08 07:40:37.000
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	CÓRDOBA / MONTERÍA		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA			

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: SE RECOMIENDA MANTENER EL USO ADECUADO DE SUS AYUDAS ÓPTICAS Y REALIZAR CONTROLES VISUALES PERIÓDICOS

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: NORMAL

RECOMENDACIONES: *REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE 5 MINUTOS CADA 2 HORAS (ESTIRAMIENTOS DE GRUPOS MUSCULARES) CON EL FIN DE PREVENIR FATIGA MUSCULAR Y VISUAL.
*APLICAR HIGIENE POSTURAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, ASEGURANDO UNA ADECUADA POSICIÓN AL SENTARSE, AGACHARSE, MANTENER LOS PIES APOYADOS, LA ESPALDA RECTA Y LA PANTALLA A LA ALTURA DE LOS OJOS, USO ADECUADO DE DISPOSITIVOS TECNOLOGICOS.
* SE RECOMIENDA MANTENER HABITOS DE VIDA SALUDABLES: ALIMENTACION BALANCEADA, DESCANSO EXTRALABORAL, CONSUMO DE AGUA, ACTIVIDAD FISICA AL MENOS 20 MINUTOS 3 VECES POR SEMANA, EVITAR HABITOS NOCIVOS PARA SU SALUD.

RECOMENDACIONES

» GENERALES

- [x] EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL
- [x] CONTINUAR MANEJO MÉDICO
- [x] PAUSAS ACTIVAS
- [x] USO DE E.P.I.
- [x] HIGIENE POSTURAL

» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: OBSERVACIÓN: NINGUNA
NINGUNA

» MEDICO LABORALES

NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. 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. Se me informó 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. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
ESPECIALIDAD: MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 1102857442
LICENCIA SST: 080/2021



VERONICA - SANCHEZ PEÑA
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 1003000716

Todos los derechos reservados - https://site.isismaweb.com/

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación: 901050606-5
Teléfono: 6047848919
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com
Impreso por: CESAR DAVID SERPA GOMEZ

Código del Prestador: 2300101974
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Web:
Fecha de Impresión: 2026/08/08 07:50:37

Descripción del Informe: Formato institucional para el uso y manejo de la HISTORIA DE VISIOMETRIA

Datos Del Paciente

Paciente:	**SANCHEZ PEÑA VERONICA -**
Tipo Identificación:	**CC**
Nro Identificación:	**1003000716**
Fecha Nacimiento:	**2002/10/08**
Edad:	**23 Años**
Sexo:	**Femenino**
Correo:	**NO REFIERE**
Teléfono:	**3015645055**
País:	**COLOMBIA**
Departamento:	**MONTERÍA**
Ciudad:	**MONTERÍA**
Dirección:	**BARRIO MONTEVERDE**
EPS:	**SALUD TOTAL S.A.**
ARL:	**NO TIENE AFILIACION**
Fondo De Pensiones:	**PROTECCIÓN**

Datos Del Cliente

Nombre Cliente:	**SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS**
Tipo Identificación:	
Nro Identificación:	**901050606**
Teléfono:	**7892270**
Correo:	
Dirección:	**CALLE 32 No 9-44**
Convenio:	**CONTRATO No 12 : SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS : EVENTO**
País:	
Departamento:	
Ciudad:	**MONTERIA**
Act Economica:	**ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION**
Empresa Contratante:	**INDEPENDIENTE**
Empresa A Laborar:	**INDEPENDIENTE**

Datos De La Atención

Nro Ingreso:	**2026080802012**
Fecha Atención:	**2026/08/08**
Hora Atención:	**07:34:11**
Dpto / Ciudad De Atención:	**CÓRDOBA / MONTERÍA**
Modalidad De Atención:	**PRESENCIAL**
Tipo Evaluación:	**EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO**
Formato Historia:	**OPTOMETRIA**
Atendido Por:	**SANDY PAOLA FAJARDO LONDOÑO**
Sede:	**PRINCIPAL**
Cargo:	**CONTRATISTA**
Énfasis:	**Osteomuscular**
Procedimiento:	**CONSULTA DE VISIOMETRIA**

Visiometria - Motivo consulta

USA FORMULA MEDICA

Visiometria - Antecedentes Personales

Glaucoma:	No	NO REFIERE
Cataratas:	No	NO REFIERE
Enucleación:	No	NO REFIERE
TraumasOculares:	No	NO REFIERE
Patologia Ocular:	No	NO REFIERE
HipertensionArterial:	No	NO REFIERE
Diabetes:	No	NO REFIERE
Usa correccion visual:	Si	SU FORMULA LE CORRIGEN

Permanente: ☐
Lejos: ☐
Cerca: ☐
Descanso: ☐
Ultimo Examen: De 1 año a 2 años

Visiometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva:	No	NO REFIERE
Catarata:	No	NO REFIERE
Pterigio:	No	NO REFIERE

Otra NO REFIERE

Visiometria - Antecedentes Laborales

- ☐ Iluminacion inadecuada
- ☐ Usuario de computador
- ☐ Radiaciones Ultravioleta
- ☐ Cambios de temperatura
- ☐ Mala ventilacion
- ☐ Gases o humos toxicos

Otros Antecedentes

NO REFIERE

Visiometria - Signos y Sintomas

- [ ] Fotofobia
- [ ] Lagrimeo
- [ ] Ardor
- [ ] Astenopia
- [ ] Dolor Ocular
- [ ] Secreción
- [ ] Ojo Rojo
- [ ] Vision Borrosa
- [ ] Vision Doble
- [ ] Mala Vision Cercana
- [ ] Mala Vision Lejana
- [ ] Cefalea

Otros Sintomas

NO REFIERE

Visiometria - Examen Externo

Parpados:	NORMAL	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	NORMAL	SIN HALLAZGOS
Escleras:	NORMAL	SIN HALLAZGOS
Pupilas:	NORMAL	SIN HALLAZGOS
Iris:	NORMAL	SIN HALLAZGOS
Cornea:	NORMAL	SIN HALLAZGOS
Globo Ocular:	NORMAL	SIN HALLAZGOS

Visiometria - Motilidad Ocular

* **Punto proximo de convergencia**

8 cm

* **Cover Test - Lejos**

ORTOFORIA

* **Cover Test - Cerca**

ORTOFORIA

Visiometria - Rx en Uso

	Tipo	Observaciones
* **Ojo Derecho**	GAFAS	SUS FORMULA LE CORRIGEN
* **Ojo Izquierdo**	GAFAS	SU FORMULA LE CORRIGEN

Visiometria - Agudeza Visual

AV - Con correccion actual

	V. Lejana	V. Proxima	PH
OD	20/25	20/25	0.0
OI	20/25	20/25	0.0
AO	20/25	20/25	0.0

Observaciones

SU CAPACIDAD VISUAL ES ADECUADA CON EL USO DE LA CORRECCION OPTICA FORMULADA

AV - Sin correccion

	V. Lejana	V. Proxima	PH
OD	0	0	0
OI	0	0	0
AO	0	0	0

Observaciones

0

Visiometria - Vision cromatica y estereopsis

	Normal	Anormal
Cromatica	NORMAL	NO APLICA
Estereopsis	[Seleccione]	[Seleccione]

Campo visual o perimetría					
Temporal Derecha	85°	70°	55°	Nasal 45°	NORMAL
Temporal Izquierda	85°	70°	55°	Nasal 45°	NORMAL

Observaciones

NINGUNA

Visiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal: EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Observaciones al Diagnostico: SU CAPACIDAD VISUAL ES ADECUADA CON EL USO DE LA CORRECCION OPTICA FORMULADA

Diagnostico Relacionado 1:

Diagnostico Relacionado 2:

Diagnostico Relacionado 3:

Visiometria - Conducta

- [ ] Requiere Rx
- [ ] Requiere Nueva Rx
- [ ] Se continúa con misma RX
- [ ] No Requiere RX
- [ ] Se da Nuevo Control
- [ ] Se da Remisión
- [ ] Requiere Certificado Visual
- [ ] Se da Tx Medicamentos
- [ ] Test de Farnsworth
- [ ] Topografía Corneal
- [ ] Realizar prueba ambulatoria

Descripcion de la Conducta

NINGUNA

Visiometria - Recomendaciones

- [ ] Debe usar correccion visual para trabajar
- [ ] Uso de filtro AR, UV o Fotocromático
- [ ] Uso de Lentes de Proteccion Solar
- [x] Uso EPP Visual
- [x] Pausas Activas
- [ ] RX Visión Lejana
- [ ] Usode Rx para Vision Proxima
- [ ] Uso de Rx de Descanso
- [ ] Uso Permanente de Rx Optica
- [ ] PyP
- [ ] Lubricante Ocular

Observaciones de las Recomendaciones

NINGUNA

Visiometria -Remisiones

- [ ] Valoracion Oftalmologica
- [ ] Valoracion Optometria
- [ ] Valoracion Lentes de Contacto
- [ ] Valoracion Ortoptica

Otras Remisiones

NINGUNA

Visiometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Trimestral
- [x] Anual
- [ ] Bimensual
- [ ] Semestral
- [ ] Confirmatoria

Visiometria - Resultado

Resultado de la Visiometria: NORMAL

* **Descripcion de la observacion general**

SU CAPACIDAD VISUAL ES ADECUADA CON EL USO DE LA CORRECCION OPTICA FORMULADA

Consentimiento Informado delTrabajador

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. 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. 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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico 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.





Nombre Profesional: SANDY PAOLA FAJARDO LONDOÑO

Registro Profesional:

Nombre del Paciente: **VERONICA - SANCHEZ PEÑA**

Identificacion del Paciente: **CC - 1003000716**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación: 901050606-5
Teléfono: 6047848919
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com
Impreso por: CESAR DAVID SERPA GOMEZ

Código del Prestador: 2300101974
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Web:
Fecha de Impresión: 2026/08/08 07:50:08

Descripción del Informe: Formato institucional para el uso y manejo de la HISTORIA CLÍNICA AUDIOMETRIA

Datos Del Paciente

Paciente:	**SANCHEZ PEÑA VERONICA -**
Tipo Identificación:	**CC**
Nro Identificación:	**1003000716**
Fecha Nacimiento:	**2002/10/08**
Edad:	**23 Años**
Sexo:	**Femenino**
Correo:	**NO REFIERE**
Teléfono:	**3015645055**
País:	**COLOMBIA**
Departamento:	**MONTERÍA**
Ciudad:	**MONTERÍA**
Dirección:	**BARRIO MONTEVERDE**
EPS:	**SALUD TOTAL S.A.**
ARL:	**NO TIENE AFILIACION**
Fondo De Pensiones:	**PROTECCIÓN**

Datos Del Cliente

Nombre Cliente:	**SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS**
Tipo Identificación:	
Nro Identificación:	**901050606**
Teléfono:	**7892270**
Correo:	
Dirección:	**CALLE 32 No 9-44**
Convenio:	**CONTRATO No 12 : SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS : EVENTO**
País:	
Departamento:	
Ciudad:	**MONTERIA**
Act Economica:	**ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACION**
Empresa Contratante:	**INDEPENDIENTE**
Empresa A Laborar:	**INDEPENDIENTE**

Datos De La Atención

Nro Ingreso:	**2026080802012**
Fecha Atención:	**2026/08/08**
Hora Atención:	**07:40:16**
Dpto / Ciudad De Atención:	**CÓRDOBA / MONTERÍA**
Modalidad De Atención:	**PRESENCIAL**
Tipo Evaluación:	**EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO**
Formato Historia:	**FONOAUDIOLOGIA**
Atendido Por:	**NAIDETH SIERRA VILLALBA**
Sede:	**PRINCIPAL**
Cargo:	**CONTRATISTA**
Énfasis:	**Osteomuscular**
Procedimiento:	**CONSULTA DE AUDIOMETRIA**

Audiometria - Antecedentespersonales

Otologicos

	Presenta	*Descripcion*
Otitis	No	NO REFIERE
Sinusitis	No	NO REFIERE
Rinitis	No	NO REFIERE
Otalgia	No	NO REFIERE
Vértigo	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE
Acúfenos	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE
Otorrea	No	NO REFIERE
Otorragia	No	NO REFIERE
Prurito	No	NO REFIERE
Sensación de Oido Tapado	No	NO REFIERE
Tinnitus	No	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	No	NO REFIERE
Otros Otologicos	NO REFIERE	

Extralaborales

	Presenta	*Descripcion*
Servicio Militar	No	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

Traumaticos

	Presenta	*Descripcion*
Trauma Craneoencefálico	No	NO REFIERE
Trauma Directo	No	NO REFIERE
Trauma Acústico	No	NO REFIERE
Otros Traumaticos	NO REFIERE	

Quirurgicos

	Presenta	*Descripcion*
Cirugia de Oído	No	NO REFIERE
Cirugia de Garganta	No	NO REFIERE
Cirugia de Nariz	No	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	No	NO REFIERE
Timpanoplastia	No	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NO REFIERE	

Sintomaticos

	Presenta	*Descripcion*
Sintomas Oído	No	NO REFIERE
Sintomas Nariz	No	NO REFIERE
Sintomas Garganta	No	NO REFIERE

Patologicos

	Presenta	Descripcion
Parotiditis	No	NO REFIERE
Sarampión	No	NO REFIERE
Rubeola	No	NO REFIERE
Alteración de Tiroides	No	NO REFIERE
Otros Patologicos	NO REFIERE	

Toxicos y Farmacos

	Presenta	Descripcion
Medicamentos Ototoxicos	No	NO REFIERE
Fármacos	No	NO REFIERE
Tóxicos Industriales	No	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	De 0 a 6 meses	Normal
Observaciones	NO REFIERE	

Audiometria - Habitos

Tejo	No Practica	NO REFIERE
Poligono	No Practica	NO REFIERE
Musica a Alto Volumen	No Practica	NO REFIERE
Walkman, Ipod, Mp3, Mp4	No Practica	NO REFIERE
Otros habitos	NO REFIERE	

Audiometria - Examen Fisico

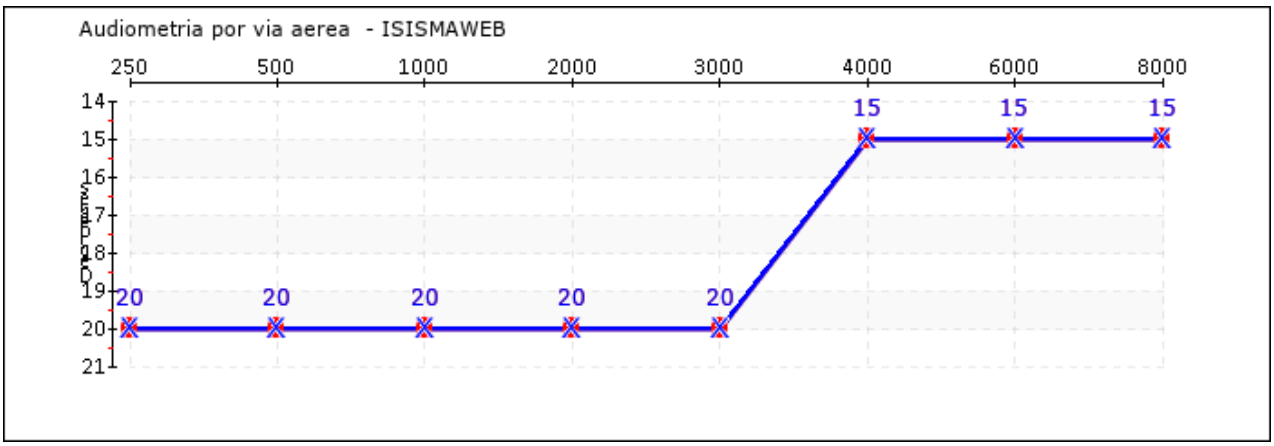
OIDO DERECHO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS
Otro	SIN HALLAZGOS	

OIDO IZQUIERDO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS
Otro	SIN HALLAZGOS	

Audiometria - Grafica



Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

PTA (5123)

OD 20 dB

OI 20 dB

Frecuencias

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
20	20	20	20	20	15	15	15	**Derecho**
20	20	20	20	20	15	15	15	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Anterior

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	0	**Derecho**
0	0	0	0	0	0	0	0	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Diferencia

Cambio Significativo: No

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
20	20	20	20	20	15	15	15	**Derecho**
+	+	+	+	+	+	+	+	STS
20	20	20	20	20	15	15	15	**Izquierdo**
+	+	+	+	+	+	+	+	STS

Observaciones

NO REFIERE

Audiometria - Recomendaciones

- [ ] Remision ORL
- [x] Rotar Diadema Telefonica
- [ ] Control segun PVE
- [ ] Pausa Auditiva
- [ ] Conducir con ventanas cerradas
- [ ] Lavado de Oido
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Remision a Medicina Laboral
- [x] Uso deEPP Auditivo
- [ ] Elemento de proteccion
- [ ] Reposo auditivo Extralaboral
- [ ] Limpieza OD
- [ ] Limpieza OI

Audiometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Anual
- [ ] Bimensual
- [ ] Semestral
- [ ] Audiometría Confirmatoria

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Diagnostico Interno	AUDICION NORMAL BILATERAL
Descripción del GATI-SST	AUDICION NORMAL
Diagnostico Rel 1	
Diagnostico Rel 2	
Diagnostico Rel 3	
Diagnostico Bilateral	AUDICION NORMAL BILATERAL
Diagnostico O.D	AUDICION NORMAL OD
Diagnostico O.I	AUDICION NORMAL OI

Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometría: NORMAL

* Descripcion del Resultado general

AUDICION NORMAL – PABELLON AURICULAR SIN HALLAZGO - Rotar Diadema Telefonica - Pausa Auditiva - Uso de EPP Auditivo - Reposo auditivo Extralaboral

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. 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. 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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico 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.

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.



Nombre Profesional: NAIDETH SIERRA VILLALBA

Registro Profesional: 003339



Nombre del Paciente: **VERONICA - SANCHEZ PEÑA**

Identificacion delPaciente: **CC - 1003000716**