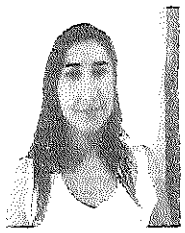
FARMILENIO DISTRIBUIDORA S.A.S
Calle 50 N° 52 - 44 Parque de bello
Cel. 3185945372 - Tel. 220-27-34 - E-mail. ipsfarmilenio@hotmail.com
www.farmilenio.com

Un pasaporte a la Salud



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 4405

Fecha: 31/01/2025 Ciudad: BELLO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO Eps: EPS SURA

CC: 42694550 Nombre: CALVO GONZALEZ LEIDY TATIANA Edad: 40 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS Genero: FEMENINO

Fecha Nacimiento: 26/01/1985 Empresa: ALCALDIA DE COPACABANA Ocupacion: CONTRATISTA

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	SI REFIERE
DISCOTECA	SI REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

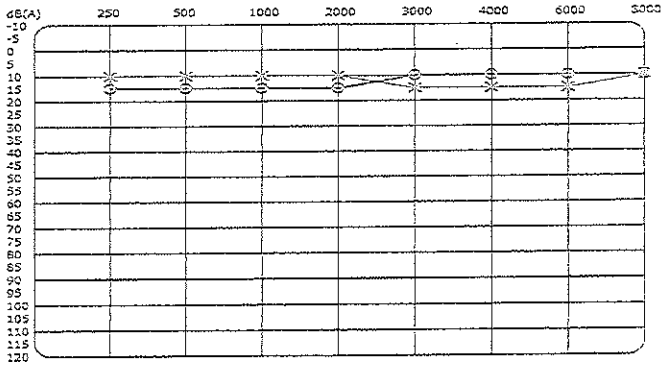
CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas): 0 Hora(s) Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA41 F. Ultima Calibración: 2021-08-05

: Vía aérea del OD — : Vía aérea del OI

: Vía osea del OD (sin enmascarar OI) — : Vía osea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: PARAMETROS DE NORMAL

Oído izquierdo: PARAMETROS DE NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	15	15	10	10	10	10
VAOI	10	10	10	10	15	15	15	10

PTA

Oído derecho: 13.75 Oído izquierdo: 11.25

SEVERIDAD - CAOHC

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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	PROFESIONAL	2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

AUDIOMETRIA TONAL COMPATIBLE CON PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL.

FONOAUDIÓLOGO

Firma: 1007238545

Nombre: PEREZ RUA ALEXANDRA

Fecha: 1007238545 L.S.O.: 1007238545

Código de Seguridad
L766R2X4405

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: CALVO GONZALEZ LEIDY TATIANA

CC 42694550

FARMILENIO DISTRIBUIDORA S.A.S
NIT 901279313-5
Calle 50 N° 52 - 44 Parque de bello
Cel. 3185945372 - Tel. 220-27-34 - E-mail. ipsfarmilenio@hotmail.com
www.farmilenio.com



N° 17.567

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BELLO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	ALCALDIA DE COPACABANA
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)

CALVO GONZALEZ LEIDY TATIANA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	40 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS	CC	42694550
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR

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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL ✓
VISIOMETRIA OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 protegar 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: SANCHEZ HERNANDEZ OSCAR DARIO

R.M.: 15922679 L.S.O.: 108006

Código de Seguridad
X766D1J17567

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CALVO GONZALEZ LEIDY TATIANA

CC: 42694550

1 CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO Médico DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

2 CONSIDERACIÓNES ESPECIALES DE HISTORIA OCUPACIONAL EN PANDEMIA POR CORONAVIRUS: La presente evaluación médica ocupacional que se realiza durante la pandemia por COVID 19, Se lleva a cabo de forma integral, teniendo en cuenta la encuesta de síntomas, presencia de signos y síntomas respiratorios agudos y verificación de antecedentes de patologías o condiciones que lo enmarquen en una población de manejo especial o de mayor

riesgo de complicación en caso de sufrir la infección, en concordancia con lo que establecen las Resoluciones 464 y 666 de 2020 y lo definido en la Circular No 30 de 2020, del Ministerio de Salud y Protección Social. "Cualquier hallazgo significativo encontrado en relación a la actual problemática de salud pública se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado e implicaciones ocupacionales. Esta evaluación no garantiza que a futuro el trabajador no padezca la enfermedad. En caso de presentar algún síntoma al respecto, será pertinente que se le haga una nueva valoración médica en su Entidad de Salud. Por todo lo anterior se recomienda implementar las medidas generales y específicas según proceso productivo y sector económico, en el marco del Programa de Bioseguridad de cada empresa y en atención a los lineamientos de autoridades competentes como Ministerios de Trabajo, Salud y Seguridad Social.