FARMILENIO I.P.S
*Un pasaporte a la Salud*

**FARMILENIO DISTRIBUIDORA S.A.S**
NIT. 900276318-6
Calle 50 N° 52 - 44 Parque de bello
Cel. 3185945372 - Tel. 220-27-34 - E-mail. ipsfarmilenio@hotmail.com
www.farmilenio.com



N° 21.307

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 30 DÍA | 12 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| INDEPENDIENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | INDEPENDIENTE |

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 | |
|---|---|---|---|---|
| GIL ESTRADA ALEJANDRA | FEMENINO | 30 AÑOS 1 MESES 22 DÍAS | CC (Tipo) | 1035434320 (Número) |

Cargo
**CONTRATISTA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SURA | PORVENIR | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA 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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR | ✓ | AUDIOMETRIA OCUPACIONAL | ✓ |
| VISIOMETRIA OCUPACIONAL | ✓ | ---------- | |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | HÁBITOS SALUDABLES |
| | SVE AUDITIVO | |
| | SVE CARDIOVASCULAR | |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LO NORMAL SIN ALTERACIONES VISIBLES NI PALPABLES.

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**

Isaac Palis
MD. Isaac Palis G.
MEDICO OCUPACIONAL
R.M. 21895 - LIC 3567

Firma:

**Nombre:** CC: 1129572923 - ISAAC BADID PALIS

**R. M.:** 21895 **L.S.O.:** 3567

**Código de Seguridad**
Q766W1C21307

**Aspirante o Trabajador**



Firma:

**Nombre:** GIL ESTRADA ALEJANDRA

**CC:** 1035434320



FARMILENIO IPS

*Un pasaporte a la Salud*

**FARMILENIO DISTRIBUIDORA S.A.S**

NIT. 900276318-6

Calle 50 N° 52 - 44 Parque de bello

Cel. 3185945372 - Tel. 220-27-34 - E-mail. ipsfarmilenio@hotmail.com

www.farmilenio.com



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — **Atención N°: 6083**

**Fecha:** 30/12/2025 **Ciudad:** BELLO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

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

**CC:** 1035434320 **Nombre:** GIL ESTRADA ALEJANDRA **Edad:** 30 AÑOS 1 MESES 22 DÍAS **Genero:** FEMENINO

**Fecha Nacimiento:** 08/11/1995 **Empresa:** INDEPENDIENTE **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 | SI REFIERE | AUDÍFONOS | SI REFIERE |
| DISCOTECA | SI REFIERE | OTRO | |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE | | |

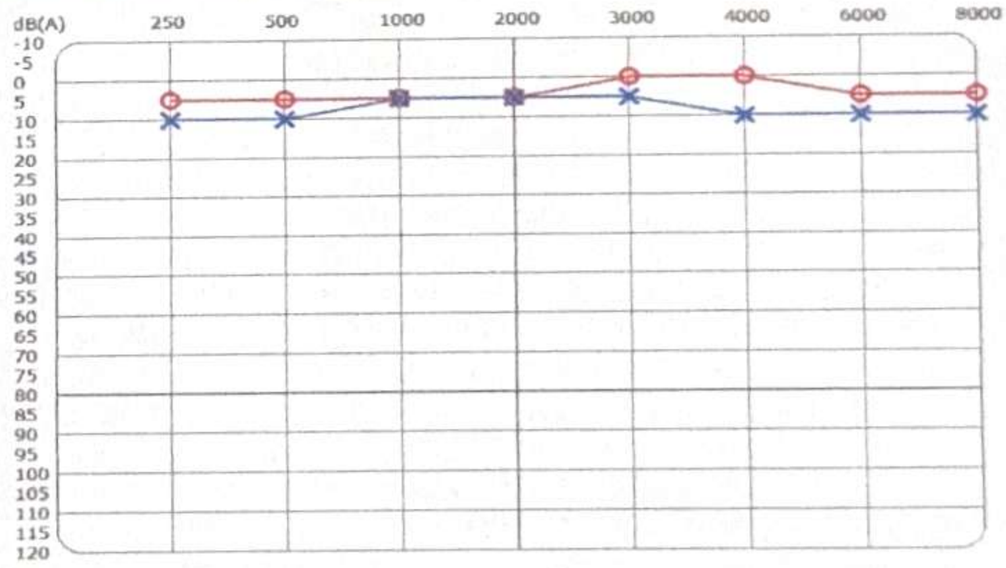
**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

**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 ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea 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 | 5 | 5 | 5 | 5 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| VAOI | 10 | 10 | 5 | 5 | 5 | 10 | 10 | 10 |

**PTA**

**Oído derecho:** 3.75 **Oído izquierdo:** 6.25

**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 | Enfermedad laboral | PRINCIPAL |

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO<br>USE PROTECCIÓN AUDITIVA | |

**Observaciones**

AUDIOMETRIA TONAL COMPATIBLE CON PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL.

**FONOAUDIÓLOGO**

**Firma:** 1007238545

**Nombre:** CC: 1007238545 - ALEXANDRA PEREZ

**R. M.:** 1007238545 **L.S.O.:** 1007238545

**Código de Seguridad**

**W766C2I6083**

**TRABAJADOR**

**Firma:**

**Nombre:** GIL ESTRADA ALEJANDRA

**CC** 1035434320