Cendiatra

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

SEDE:CENDIATRA IBAGUÉ | **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 27-40, Hipódromo | **CIUDAD DE LA SEDE:**IBAGUE

TELÉFONO:6082770187 | **EMAIL:**citas.ibague@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-01-02

CC:1018487574
Nombres y apellidos:MARIA CAMILA SAIZ CASILIMAS
Fecha de nacimiento:30/07/1996
Edad:29 **Sexo:**FEMENINO **RH:**O +
Teléfono:3108658644
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:TOLIMA
ARL:
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:ABOGADA
Fecha ingreso:02/01/2026
Fecha salida:02/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



ANTECEDENTES OTOLOGICOS

SECCION 1

ENFERMEDAD DEL OIDO:	NO
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS:	NO
ALTERACION DE LA AUDICION:	NO
DOLOR DE OIDOS:	NO
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES:	NO
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS:	NO
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS:	NO
REALIZO POLIGONO:	NO

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

SECCION 1

TIEMPO EN EL CARGO (PERIODICO O RETIRO):	
DESCRIPCION (PERIODICO O RETIRO):	
NIVEL DEL RUIDO (PERIODICO O RETIRO):	
TIPO DE PROTECCION (PERIODICO O RETIRO):	

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

SECCION 1

CARGO:	ABOGADA
TIEMPO EN EL CARGO:	1 AÑO 5 MESES
NIVEL DEL RUIDO:	AMBIENTE
TIPO DE PROTECCION:	NA

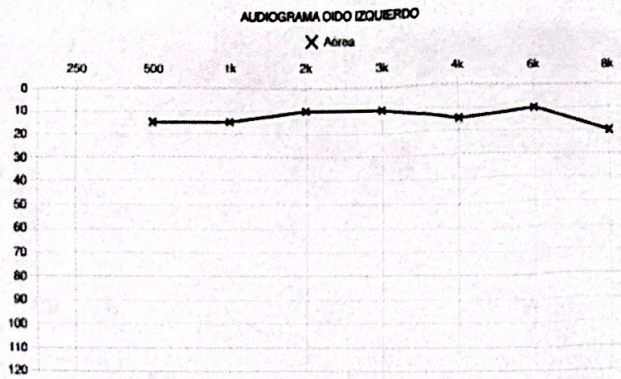
OTOSCOPIA

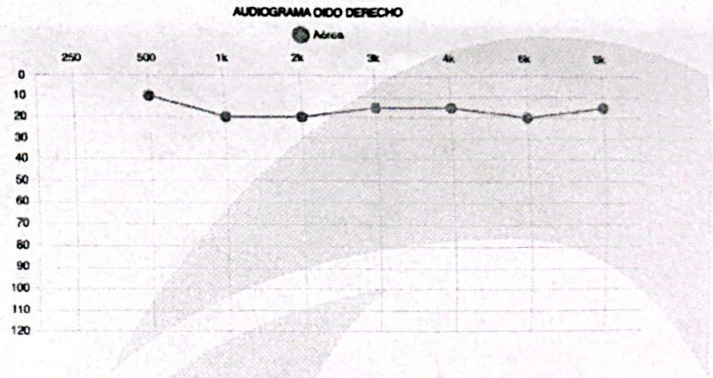
SECCION 1

OD:	NORMAL
OI:	NORMAL

AUDIOGRAMA VIA AEREA

AUDIOGRAMA





	250	S.R	500	S.R	1K	S.R	2K	S.R	3K	S.R	4K	S.R	6K	S.R	8K	S.R
OD			10		20		20		15		15		20		15	

Scanned with CamScanner

OI		15		15		10		10		15		10		20	

INTERPRETACIÓN

PTA OD (1k, 2K, 3K y 4K)	17.5
PTA OI (1k, 2K, 3K y 4K)	12.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NIVELES DE AUDICION NIOSH 126/1998

NORMAL 24 DB: BILATERAL
HIPOACUSIA LEVE 26-40 DB:
HIPOACUSIA MODERADO 41-55 DB:
HIPOACUSIA MODERADO-SEVERA 56-70 DB:
HIPOACUSIA SEVERA 71-90 DB:
HIPOACUSIA PROFUNDA > 91 DB:
OBSERVACIONES: SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

DIAGNOSTICO

SECCION 1

DIAGNÓSTICO 1: Z011: EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN
DIAGNÓSTICO 2:

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

SECCION 1

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA:	NO	
CONTROL AUDITIVO EN:	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA:	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO:	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL:	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS:	NO	

CAMILA ANDREA TUNJANO MARTINEZ
CC: 1030558379
RM: N/A
LIC-SST: 10061
Firma y sello del médico

MARIA CAMILA SAIZ CASILIMAS
CC: 1018487574
Firma del paciente

Scanned with CamScanner

Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

SEDE:CENDIATRA IBAGUÉ
DIRECCIÓN: Carrera 5 # 27-40, Hipódromo
CIUDAD DE LA SEDE:IBAGUE
TELÉFONO:6082770187
EMAIL:citas.ibague@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2026-01-02

CC:1018487574
Nombres y apellidos:MARIA CAMILA SAIZ CASILIMAS
Fecha de nacimiento:30/07/1996
Edad:29 **Sexo:**FEMENINO **RH:**O +
Teléfono:3108658644
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:TOLIMA
ARL:
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:ABOGADA
Fecha ingreso:02/01/2026
Fecha salida:02/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1

DIABETES:	NO	
CIRUGÍA OCULAR:	NO	
GLAUCOMA:	NO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	NO	
ALERGIAS:	SI	PENICILINA
OTROS:	NO	
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	NO	

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1

VISIÓN BORROSA:	NO
ARDOR:	NO
LAGRIMEO:	NO
ENROJECIMIENTO:	NO
PRURITO:	NO
CEFALEA:	NO
ASTENOPIA:	NO
SALTO DE RENGLON:	NO
FOTOFOBIA:	NO
SECRECIÓN:	NO
DOLOR OCULAR:	NO
VISIÓN DOBLE:	NO
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO
MAREO:	NO
VERTIGO:	NO
MIODESOPSIAS:	NO
OTROS:	USO DE GAFAS DESDE HACE 10 AÑOS

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA	
SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/50
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/20
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/50
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/20
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/50
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/20
VISIÓN PRÓXIMA	
SIN CORRECCION OD:	0.50 CM.
CON CORRECCION OD:	0.50 CM.
SIN CORRECCION OI:	0.50 CM.
CON CORRECCION OI:	0.50 CM.
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.50 CM.
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.50 CM.
ESTENOPEICO	
SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	N/A
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	N/A
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	N/A

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

OD:	MUSCULOS EXTRAOCULARES SIN ALTERACIONES APARENTES - ANEXOS OCUALRES SIN ALTERACION APARENTE

Scanned with CamScanner

OI:	MUSCULOS EXTRAOCULARES SIN ALTERACIONES APARENTES - ANEXOS OCUALRES SIN ALTERACION APARENTE

COVER TEST

SECCIÓN 1	
LEJOS:	ORTHOFORIA
CERCA:	EXOFORIA FISIOLOGICA
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.P.C:	12CM
MOTILIDAD OCULAR:	DUCCIONES Y VERSIONES NORMALES

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1	
OD QUERATOMETRÍA:	N/A
OI QUERATOMETRÍA:	N/A

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1	
OD OFTAMOLSCOPIA:	RETINA DE COLORACION NARANJA NORMAL - EXC 0.3
OI OFTAMOLSCOPIA:	RETINA DE COLORACION NARANJA NORMAL - EXC 0.3

REFRACCÍON

OJO DERECHO	
ESTÁTICA:	N/A
DINÁMICA:	N/A
CICLOPLEJÍA:	N/A
OJO IZQUIERDO	
ESTÁTICA:	N/A
DINÁMICA:	N/A
CICLOPLEJÍA:	N/A

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1	
TEXT ADICIONALES:	NO
VISIÓN CROMÁTICA:	NORMAL
ESTERIOPSIS:	NORMAL
TITMUS:	NO
RX EN USO	
OD:	N/A
OI:	N/A

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1	
DIAGNÓSTICO 1:	Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 2:	H527: TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 5:	
OBSERVACIONES:	USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE CONTROL ANUAL Y USO DE EPP.

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1		
REQUIERE FORMULA:	SI	USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE CONTROL ANUAL Y USO DE EPP.
CONTROL ANUAL:	NO	
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:	NO	
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	NO	

ALEJANDRA RADA GUTIERREZ
CC: 1007288562
RM: N/A
LIC-SST: N/A
Firma y sello del médico

MARIA CAMILA SAIZ CASILIMAS
CC: 1018487574
Firma del paciente

Scanned with CamScanner

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA IBAGUÉ | **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 27-40, Hipódromo | **CIUDAD DE LA SEDE:**IBAGUE

TELÉFONO:6082770187 | **EMAIL:**citas.ibague@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-01-02

Nombres y apellidos:MARIA CAMILA SAIZ CASILIMAS
Fecha de nacimiento:30/07/1996
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:ABOGADA
Departamento:TOLIMA
ARL:
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

CC:1018487574
Edad:29 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-02 / 01:00:54
Fecha salida:2026-01-02 / 01:17:12
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN OPTOMETRICO
- ENFASIS VASCULAR

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR OPTOMETRÍA.

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

JAIRO ENRIQUE BUENDIA CABEZA
CC: 72169541
RM: 73244-99
LIC-SST: RES73-1336
Firma y sello del médico

MARIA CAMILA SAIZ CASILIMAS
CC: 1018487574
Firma del paciente

Scanned with CamScanner

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA IBAGUÉ
DIRECCIÓN: Carrera 5 # 27-40, Hipódromo
CIUDAD DE LA SEDE:IBAGUE
TELÉFONO:6082770187
EMAIL:citas.ibague@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2026-01-02

Nombres y apellidos:MARIA CAMILA SAIZ CASILIMAS
Fecha de nacimiento:30/07/1996
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:ABOGADA
Departamento:TOLIMA
ARL:
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

CC:1018487574
Edad:29 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-02 / 01:00:54
Fecha salida:2026-01-02 / 01:17:12
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL PERIÓDICO ANUAL POR OPTOMETRÍA.

JAIRO ENRIQUE BUENDIA
CABEZA
CC: 72169541
RM: 73244-99
LIC-SST: RES73-1336
Firma y sello del médico

MARIA CAMILA SAIZ CASILIMAS
CC: 1018487574
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Scanned with CamScanner