

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

SEDE:CENDIATRA CALI LA FLORA

DIRECCIÓN:Calle 38N # 5N-20, La Flora

CIUDAD DE LA SEDE:CALI

TELÉFONO:6024850445 - 6024850446

EMAIL: citas.cali2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2026-03-19

CC:1005979415

Nombres y apellidos:STIVER CAMILO RENDON ITUYAN

Fecha de nacimiento:04/02/2002

Edad:24 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +

Celular:3215861728

Dirección:

Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono acompañante:NO REFIERE

Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono responsable:NO REFIERE

Departamento:VALLE

ARL:NO REFIERE

Fondo de Pensiones:PORVENIR

Empresa:PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo:CONDUCTOR

Fecha ingreso:19/03/2026

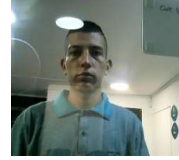
Fecha salida:19/03/2026

Parentesco del responsable:NO REFIERE

Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO

Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS

EPS:EMSSANAR E.S.S.



ANTECEDENTES OTOLOGICOS

SECCION 1

ENFERMEDAD DEL OIDO: NO

EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS: NO

ALTERACION DE LA AUDICION: SI

DOLOR DE OIDOS: NO

DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES: NO

PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS: SI

USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS: SI

REALIZO POLIGONO: SI

DISMINUCION EN AMBOS OIDOS

OCASIONAL EN AMBOS OIDOS

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

SECCION 1

TIEMPO EN EL CARGO (PERIODICO O RETIRO): NA

DESCRIPCION (PERIODICO O RETIRO): NA

NIVEL DEL RUIDO (PERIODICO O RETIRO): NA

TIPO DE PROTECCION (PERIODICO O RETIRO): NA

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

SECCION 1

CARGO: CONDUCTOR

TIEMPO EN EL CARGO: 2 AÑOS

NIVEL DEL RUIDO: MEDIO

TIPO DE PROTECCION: NA

OTOSCOPIA

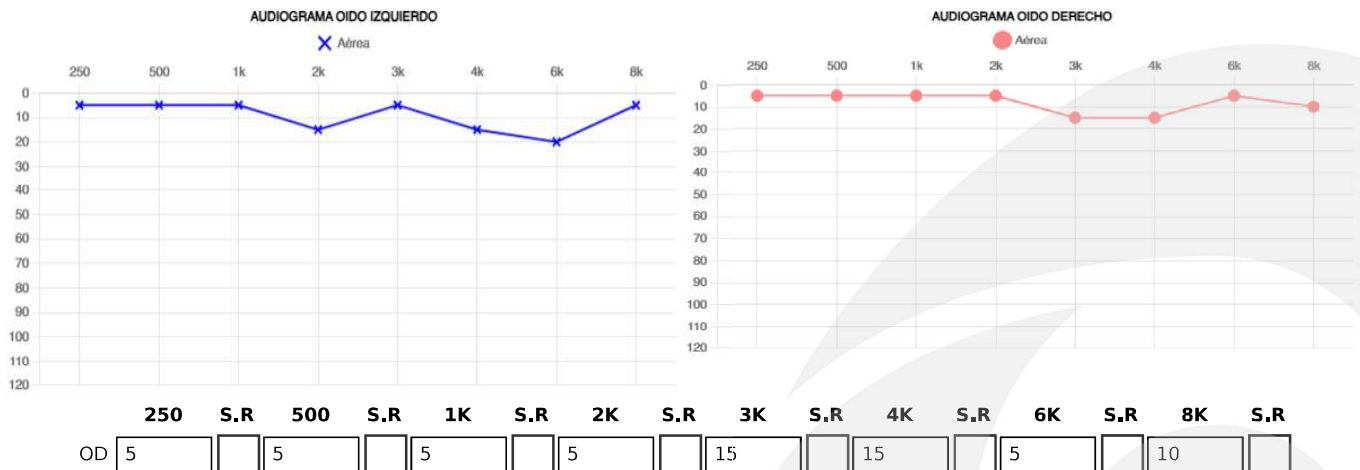
SECCION 1

OD: NORMAL

OI: NORMAL

AUDIOGRAMA VIA AEREA

AUDIOGRAMA



Sedes Bogotá

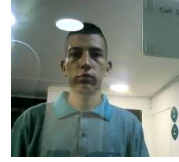
Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Rionegro - Santa Marta - Villavicencio

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO**SEDE:**CENDIATRA CALI LA FLORA**DIRECCIÓN:**Calle 38N # 5N-20, La Flora**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI**TELÉFONO:**6024850445 - 6024850446**EMAIL:** citas.cali2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-03-19

CC:1005979415

Nombres y apellidos:STIVER CAMILO RENDON ITUYAN**Fecha de nacimiento:**04/02/2002**Edad:**24 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +**Celular:**3215861728**Dirección:****Nombre acompañante:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono acompañante:**NO REFIERE**Nombre responsable:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono responsable:**NO REFIERE**Departamento:**VALLE**ARL:**NO REFIERE**Fondo de Pensiones:**PORVENIR**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**CONDUCTOR**Fecha ingreso:**19/03/2026**Fecha salida:**19/03/2026**Parentesco del responsable:**NO REFIERE**Tipo de vinculación:**REGIMEN CONTRIBUTIVO**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**EMSSANAR E.S.S.**DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA)**

RESULTADO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	· COC (COCAÍNA 300): NEGATIVO DETECTA VALORES SUPERIORES A 300 NG/ML.		
	· THC (MARIHUANA 50): NEGATIVO DETECTA VALORES SUPERIORES A 50 NG/ML.		
	TÉCNICA: INMUNOENSAYO CROMATOGRÁFICO DE TAMIZAJE CUALITATIVO EN ORINA.		
UNIDAD DE MEDIDA			
VALOR DE REFERENCIA			
CARGAR ARCHIVO			

KAREN ELISSA SANCHEZ LOZANO
BACTERIOLOGA
TP 13100/71956

KAREN ELISSA SANCHEZ LOZANO

RM: N/A

Firma y sello del médico

VISIOMETRIA

SEDE:CENDIATRA CALI LA FLORA

DIRECCIÓN:Calle 38N # 5N-20, La Flora

CIUDAD DE LA SEDE:CALI

TELÉFONO:6024850445 - 6024850446

EMAIL: citas.cali2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2026-03-19

CC:1005979415

Nombres y apellidos:STIVER CAMILO RENDON ITUYAN

Fecha de nacimiento:04/02/2002

Edad:24 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +

Celular:3215861728

Dirección:

Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono acompañante:NO REFIERE

Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono responsable:NO REFIERE

Departamento:VALLE

ARL:NO REFIERE

Fondo de Pensiones:PORVENIR

Empresa:PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo:CONDUCTOR

Fecha ingreso:19/03/2026

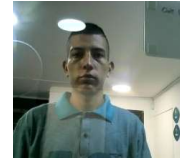
Fecha salida:19/03/2026

Parentesco del responsable:NO REFIERE

Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO

Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS

EPS:EMSSANAR E.S.S.



ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:

ULTIMO CONTROL VISUAL 1 MES POR OCUPACIONAL, NO USA GAFAS, VE

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

BORROSO POR EL OJO IZQUIERDO, VIENE POR EXAMEN DE INGRESO

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NIEGA

NIEGA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:

20/25

SIN CORRECCION

OJO DERECHO:

20/25

SIN CORRECCION

OJO IZQUIERDO:

20/40

SIN CORRECCION

ESTENOPEICO:

NO APLICA

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:

0.50 CM.

SIN CORRECCION

OJO DERECHO VISUAL CERCANA:

0.50 CM.

SIN CORRECCION

OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:

1 MTS.

SIN CORRECCION

ESTADO MOTOR

ESTADO MOTOR

COVER TEST VL:

ORTHO

COVER TEST VP:

ORHTO

OBSERVACIÓN:

MOVIMIENTOS OCULARES COORDINADOS

TEST COMPLEMENTARIOS

VISIÓN CROMATICA

VISIÓN CROMATICA:

NORMAL

SIN CORRECCION

ESTEREOPSIS

ESTEREOPSIS SEG:

NORMAL

NO APLICA

CAMPIMETRIA

CAMPIMETRIA:

NORMAL

SIN CORRECCION

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO 1:

Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

DIAGNÓSTICO 4:

H527: TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICO 2:

DIAGNÓSTICO 5:

DIAGNÓSTICO 3:

RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES:

SE SUGIERE VALORACION ANUAL PREVENTIVA POR OPTOMETRIA INTEGRAL Y USO DE EPP SEGUN EXPOSICION

EVOLUCIÓN

EVOLUCIÓN:

NO APLICA

Angela Zuleta Tapasco
Especialista
R2 en Ginecología

ANGELA PATRICIA ZULETA
TAPASCO
CC: 1088271702
RM: N/A
LIC-SST: N/A
Firma y sello del médico

STIVER CAMILO RENDON ITUYAN
CC: 1005979415
Firma del paciente

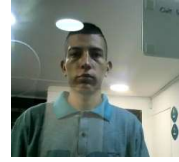
Sedes Bogotá
Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP - Norte 106 -
Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -
Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales
Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito San Fernando -
Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala
- Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Rionegro - Santa Marta -
Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO**SEDE:**CENDIATRA CALI LA FLORA**DIRECCIÓN:**Calle 38N # 5N-20, La Flora**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI**TELÉFONO:**6024850445 - 6024850446**EMAIL:** citas.cali2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-03-19

CC:1005979415

Nombres y apellidos:STIVER CAMILO RENDON ITUYAN**Fecha de nacimiento:**04/02/2002**Edad:**24 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +**Celular:**3215861728**Dirección:****Nombre acompañante:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono acompañante:**NO REFIERE**Nombre responsable:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono responsable:**NO REFIERE**Departamento:**VALLE**ARL:**NO REFIERE**Fondo de Pensiones:**PORVENIR**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**CONDUCTOR**Fecha ingreso:**19/03/2026**Fecha salida:**19/03/2026**Parentesco del responsable:**NO REFIERE**Tipo de vinculación:**REGIMEN CONTRIBUTIVO**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**EMSSANAR E.S.S.**ALCOHOLIMETRIA**

RESULTADO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
	NEGATIVO : 000.0 MG/100 ML.		
	NEGATIVO MENOR A 20 MG/100 ML		
	GRADO CERO DE 20-39 MG/100 ML		
	PRIMER GRADO DE 40-99 MG/100 ML		
	SEGUNDO GRADO DE 100-149 MG/100 ML		
	TERCER GRADO DE 150 MG-100 ML EN ADELANTE		
UNIDAD DE MEDIDA			
VALOR DE REFERENCIA			
CARGAR ARCHIVO			

KAREN ELISSA SANCHEZ LOZANO
BACTERIOLOGA
TP 1130071356

KAREN ELISSA SANCHEZ LOZANO

RM: N/A

Firma y sello del médico

CERTIFICADO PSICOSENSOMETRICO

SEDE:CENDIATRA CALI LA FLORA

DIRECCIÓN:Calle 38N # 5N-20, La Flora

CIUDAD DE LA SEDE:CALI

TELÉFONO:6024850445 - 6024850446

EMAIL:citacali2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2026-03-19

Nombres y apellidos:STIVER CAMILO RENDON ITUYAN

Fecha de nacimiento:04/02/2002

Empresa:PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo:CONDUCTOR

Departamento:VALLE

ARL:NO REFIERE

Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1005979415

Edad:24 **Sexo:**MASCULINO

Celular:3215861728

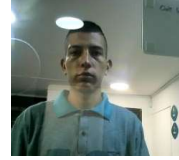
Estado Civil:SOLTERO

Fecha ingreso:2026-03-19 / 07:01:30

Fecha salida:2026-03-19 / 08:10:49

Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS

EPS:EMSSANAR E.S.S.



ESTADO:

ESTADO:

APROBADO



MANUEL ESTEBAN MONTANO

CANDELO

CC: 1151954295

RM: N/A

LIC-SST: 4145

Firma y sello del médico



STIVER CAMILO RENDON ITUYAN

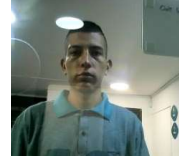
CC: 1005979415

Firma del paciente

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:**CENDIATRA CALI LA FLORA**DIRECCIÓN:**Calle 38N # 5N-20, La Flora**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI**TELÉFONO:**6024850445 - 6024850446**EMAIL:** citas.cali2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-03-19

Nombres y apellidos:STIVER CAMILO RENDON ITUYAN
Fecha de nacimiento:04/02/2002
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:CONDUCTOR
Departamento:VALLE
ARL:NO REFIERE
Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1005979415
Edad:24 **Sexo:**MASCULINO
Celular:3215861728
Estado Civil:SOLTERO
Fecha ingreso:2026-03-19 / 06:45:56
Fecha salida:2026-03-19 / 11:41:47
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:EMSSANAR E.S.S.

**EXÁMENES REALIZADOS**

- PERFIL LIPIDICO
- VISIOMETRIA
- DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA,COCAINA)
- ALCOHOLIMETRIA
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PSICOSENSOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES:

VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

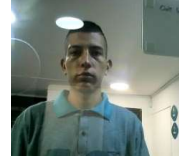
SE SUGIERE VALORACION ANUAL PREVENTIVA POR OPTOMETRIA

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. 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 PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

Diana Carolina L.
R.M. 1144032810
Reg. 1-220-03-01-0990
19/05/2025

DIANA CAROLINA LOPEZ
HERNANDEZ
CC: 1144032810
RM: 1144032810
LIC-SST: 1220-03.01-0990
Firma y sello del médico

STIVER CAMILO RENDON ITUYAN
CC: 1005979415
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES**SEDE:**CENDIATRA CALI LA FLORA**DIRECCIÓN:**Calle 38N # 5N-20, La Flora**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI**TELÉFONO:**6024850445 - 6024850446**EMAIL:** citas.cali2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-03-19**Nombres y apellidos:**STIVER CAMILO RENDON ITUYAN**CC:**1005979415**Fecha de nacimiento:**04/02/2002**Edad:**24 **Sexo:**MASCULINO**Empresa:**PARTICULAR**Fecha ingreso:**2026-03-19 / 06:45:56**Empresa usuaria:****Fecha salida:**2026-03-19 / 11:41:47**Cargo:**CONDUCTOR**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**Departamento:**VALLE**EPS:**EMSSANAR E.S.S.**ARL:**NO REFIERE**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: SE SUGIERE VALORACION ANUAL PREVENTIVA POR OPTOMETRIA

Diana Carolina L.
R.M. 1144032810
Reg. 1.220.03.01.0990
19/05/2025

DIANA CAROLINA LOPEZ
HERNANDEZ
CC: 1144032810
RM: 1144032810
LIC-SST: 1220-03.01-0990
Firma y sello del médico



STIVER CAMILO RENDON ITUYAN
CC: 1005979415
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

CERTIFICADO PSICOSENSOMETRICO

SEDE:CENDIATRA CALI LA FLORA

DIRECCIÓN:Calle 38N # 5N-20, La Flora

CIUDAD DE LA SEDE:CALI

TELÉFONO:6024850445 - 6024850446

EMAIL:citacali2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2026-03-19

Nombres y apellidos:STIVER CAMILO RENDON ITUYAN

Fecha de nacimiento:04/02/2002

Empresa:PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo:CONDUCTOR

Departamento:VALLE

ARL:NO REFIERE

Fondo de Pensiones:PORVENIR

CC:1005979415

Edad:24 **Sexo:**MASCULINO

Celular:3215861728

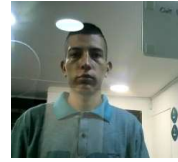
Estado Civil:SOLTERO

Fecha ingreso:2026-03-19 / 07:01:30

Fecha salida:2026-03-19 / 08:10:49

Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS

EPS:EMSSANAR E.S.S.



ESTADO:

ESTADO:

APROBADO



MANUEL ESTEBAN MONTANO

CANDELO

CC: 1151954295

RM: N/A

LIC-SST: 4145

Firma y sello del médico



STIVER CAMILO RENDON ITUYAN

CC: 1005979415

Firma del paciente