

**REPORTE LABORATORIO CLÍNICO****SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO**DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI**TELÉFONO:**6024851895 - 6024853174**EMAIL:**citacali2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-01-09

CC:6407318

**Nombres y apellidos:**DANIEL FABRICIO SALAZAR BEJARANO**Fecha de nacimiento:**23/02/1983**Edad:**42 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +**Teléfono:**3026291281**Dirección:****Nombre acompañante:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono acompañante:**NO REFIERE**Nombre responsable:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono responsable:**NO REFIERE**Departamento:**VALLE**ARL:**COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGUROS VIDA**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**CONDUCTOR**Fecha ingreso:**09/01/2026**Fecha salida:**09/01/2026**Parentesco del responsable:**NO REFIERE**Tipo de vinculación:**REGIMEN CONTRIBUTIVO**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**E.P.S SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.-EPS-S.O.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		
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>			
<b>VALOR DE REFERENCIA</b>			
<b>CARGAR ARCHIVO</b>			

ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA  
BACTERIOLOGA  
T.P. 5053849330

ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA

RM: N/A

Firma y sello del médico

**REPORTE LABORATORIO CLÍNICO****SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO**DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI**TELÉFONO:**6024851895 - 6024853174**EMAIL:**citacali2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-01-09

CC:6407318

**Nombres y apellidos:**DANIEL FABRICIO SALAZAR BEJARANO**Fecha de nacimiento:**23/02/1983**Edad:**42 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +**Teléfono:**3026291281**Dirección:****Nombre acompañante:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono acompañante:**NO REFIERE**Nombre responsable:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono responsable:**NO REFIERE**Departamento:**VALLE**ARL:**COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGUROS VIDA**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**CONDUCTOR**Fecha ingreso:**09/01/2026**Fecha salida:**09/01/2026**Parentesco del responsable:**NO REFIERE**Tipo de vinculación:**REGIMEN CONTRIBUTIVO**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**E.P.S SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.-EPS-S.O.S.**DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA,COCAINA)****RESULTADO****UNIDAD DE MEDIDA****VALOR DE REFERENCIA****RESULTADO**

· 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**

ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA  
RM: N/A  
Firma y sello del médico

### AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

SEDE: CENDIATRA CALI SAN FERNANDO  
 TELÉFONO: 6024851895 - 6024853174

DIRECCIÓN: Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando  
 EMAIL: citas.cali2@cendiatra.com

CIUDAD DE LA SEDE: CALI  
 FECHA EXAMEN: 2026-01-09

CC: 6407318  
 Nombres y apellidos: DANIEL FABRICIO SALAZAR BEJARANO  
 Fecha de nacimiento: 23/02/1983  
 Edad: 42 Sexo: MASCULINO RH: O +  
 Teléfono: 3026291281  
 Dirección:  
 Nombre acompañante: NO REFIERE NO REFIERE  
 Teléfono acompañante: NO REFIERE  
 Nombre responsable: NO REFIERE NO REFIERE  
 Teléfono responsable: NO REFIERE  
 Departamento: VALLE  
 ARL: COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGUROS VIDA  
 Fondo de Pensiones: COLPENSIONES

Empresa: PARTICULAR  
 Empresa usuaria:  
 Cargo: CONDUCTOR  
 Fecha ingreso: 09/01/2026  
 Fecha salida: 09/01/2026  
 Parentesco del responsable: NO REFIERE  
 Tipo de vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO  
 Actividad Económica: 0010 - ASALARIADOS  
 EPS: E.P.S SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.-EPS-5.O.S.



### ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

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): N/A  
 DESCRIPCION (PERIODICO O RETIRO): N/A  
 NIVEL DEL RUIDO (PERIODICO O RETIRO): N/A  
 TIPO DE PROTECCION (PERIODICO O RETIRO): N/A

### ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

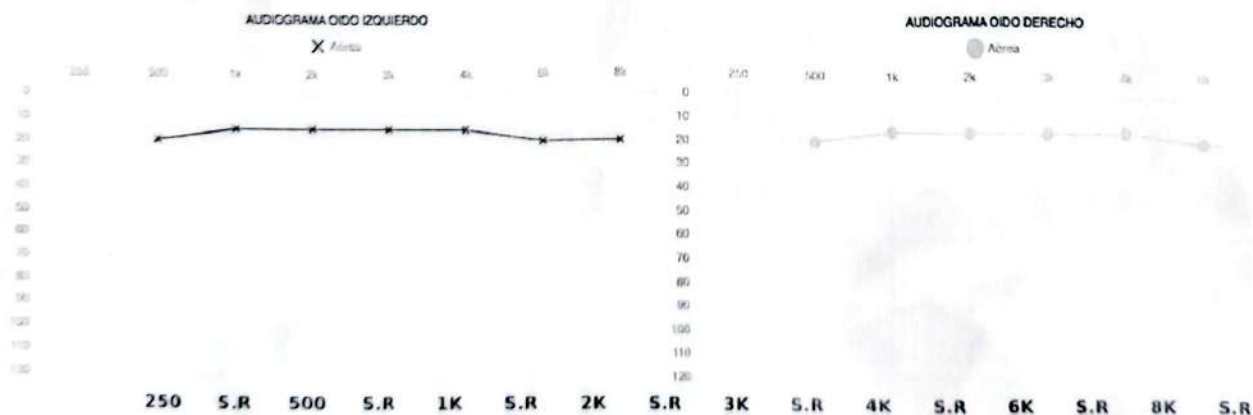
SECCION 1  
 CARGO: TECNICO  
 TIEMPO EN EL CARGO: 1 AÑO  
 NIVEL DEL RUIDO: BAJO  
 TIPO DE PROTECCION: NO REQUIERE

### OTOSCOPIA

SECCION 1  
 OD: NORMAL  
 OI: NORMAL

### AUDIOGRAMA

### AUDIOGRAMA VIA AEREA



Sedes Bogotá  
 Principal - Centro - Conecta 26 - Conecta 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 Exito San Fernando -  
 Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena - Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala -  
 Medellín Alpujarra - Medellín Bello - Montería - Pereira - Rionegro - Santa Marta -  
 Villavicencio

OD		20		15		15		15		15		20		20	
OI		20		15		15		15		15		20		20	

**INTERPRETACIÓN**

PTA OD (1k, 2K, 3K y 4K)	15
PTA OI (1k, 2K, 3K y 4K)	15

**DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO**

**NIVELES DE AUDICION NIOSH 126/1998**  
 NORMAL 24 DB:  
 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:

BILATERAL

PACIENTE CON SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES.

**DIAGNOSTICO**

**SECCION 1**  
 DIAGNOSTICO 1:  
 DIAGNOSTICO 2:

Z011: EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN

**CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR**

**SECCION 1**

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA:  
 CONTROL AUDITIVO EN:  
 LIMPIEZA AUDITIVA:  
 USO DE E.P.P. AUDITIVO:  
 VALORACION / CONTROL POR ORL:  
 EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS:

NO  
 SI ANUAL  
 NO  
 NO  
 NO  
 NO

\_\_\_\_\_  
 E.C.B  
 CC: 1130674238  
 RM: N/A  
 LIC-SST: N/A  
 Firma y sello del médico



\_\_\_\_\_  
 DANIEL FABRICIO SALAZAR  
 BEJARANO  
 CC: 6407318  
 Firma del paciente

**VISIOMETRIA**

**SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO

**DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando

**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI

**TELÉFONO:**6024851895 - 6024853174

**EMAIL:** citas.cali2@cendiatra.com

**FECHA EXAMEN:**2026-01-09

CC:6407318

**Nombres y apellidos:**DANIEL FABRICIO SALAZAR BEJARANO

**Fecha de nacimiento:**23/02/1983

**Edad:**42 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +

**Teléfono:**3026291281

**Dirección:**

**Nombre acompañante:**NO REFIERE NO REFIERE

**Teléfono acompañante:**NO REFIERE

**Nombre responsable:**NO REFIERE NO REFIERE

**Teléfono responsable:**NO REFIERE

**Departamento:**VALLE

**ARL:**COMPANÍA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGUROS VIDA

**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**CONDUCTOR

**Fecha ingreso:**09/01/2026

**Fecha salida:**09/01/2026

**Parentesco del responsable:**NO REFIERE

**Tipo de vinculación:**REGIMEN CONTRIBUTIVO

**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS

**EPS:**E.P.S SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.-EPS-S.O.S.



**ANTECEDENTES**

**ANTECEDENTES**

ANTECEDENTES OCULARES:

ULTIMO CONTROL VISUAL HACE 5 MESES

USA LENTES POR ASTIGMATISMO

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

NIEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NIEGA

**AGUDEZA VISUAL LEJANA**

AMBOS OJOS

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

ESTENOPEICO:

20/40

20/50

20/40

CON CORRECCION

CON CORRECCION

CON CORRECCION

**AGUDEZA VISUAL CERCANA**

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:

OJO DERECHO VISUAL CERCANA:

OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:

1 MTS.

1.25 MTS.

1.25 MTS.

CON CORRECCION

CON CORRECCION

CON CORRECCION

**ESTADO MOTOR**

**ESTADO MOTOR**

COVER TEST VL:

COVER TEST VP:

OBSERVACION:

ORTHO

EXOF

**TEST COMPLEMENTARIOS**

**VISION CROMATICA**

VISION CROMATICA:

**ESTEREOPSIS**

ESTEREOPSIS SEG:

**CAMPIMETRIA**

CAMPIMETRIA:

NORMAL

NORMAL

CON CORRECCION

CON CORRECCION

**DIAGNÓSTICOS**

**DIAGNÓSTICOS**

DIAGNÓSTICO 1:

DIAGNÓSTICO 4:

DIAGNÓSTICO 2:

DIAGNÓSTICO 5:

DIAGNÓSTICO 3:

Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

H522: ASTIGMATISMO

**RECOMENDACIONES Y EVOLUCION**

**RECOMENDACIONES**

RECOMENDACIONES:

SE SUGIERE VALORACION POR OPTOMETRIA PARA ACTUALIZACION DE FORMULACION, USO DE GAFAS PERMANENTE Y USO DE EPP SEGUN EXPOSICION

**EVOLUCIÓN**

EVOLUCIÓN:

Angela Patricia Zuleta  
Tapasco

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

DANIEL FABRICIO SALAZAR  
BEJARANO  
CC: 6407318  
Firma del paciente

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Conecta 26 - Conecta 26 VIP - Norte 106 -  
Norte B3 - Norte B6 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -  
Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

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

Código: Versión: Fecha:

**REPORTE LABORATORIO CLÍNICO****SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO**DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI**TELÉFONO:**6024851895 - 6024853174**EMAIL:**citacali2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-01-09

CC:6407318

**Nombres y apellidos:**DANIEL FABRICIO SALAZAR BEJARANO**Fecha de nacimiento:**23/02/1983**Edad:**42 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +**Teléfono:**3026291281**Dirección:****Nombre acompañante:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono acompañante:**NO REFIERE**Nombre responsable:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono responsable:**NO REFIERE**Departamento:**VALLE**ARL:**COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGUROS VIDA**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**CONDUCTOR**Fecha ingreso:**09/01/2026**Fecha salida:**09/01/2026**Parentesco del responsable:**NO REFIERE**Tipo de vinculación:**REGIMEN CONTRIBUTIVO**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**E.P.S SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.-EPS-S.O.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		
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>			
<b>VALOR DE REFERENCIA</b>			
<b>CARGAR ARCHIVO</b>			

ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA  
BACTERIOLOGA  
T.P. 5053849330

ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA

RM: N/A

Firma y sello del médico

**REPORTE LABORATORIO CLÍNICO****SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO**DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI**TELÉFONO:**6024851895 - 6024853174**EMAIL:**citacali2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2026-01-09

CC:6407318

**Nombres y apellidos:**DANIEL FABRICIO SALAZAR BEJARANO**Fecha de nacimiento:**23/02/1983**Edad:**42 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +**Teléfono:**3026291281**Dirección:****Nombre acompañante:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono acompañante:**NO REFIERE**Nombre responsable:**NO REFIERE NO REFIERE**Teléfono responsable:**NO REFIERE**Departamento:**VALLE**ARL:**COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGUROS VIDA**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**CONDUCTOR**Fecha ingreso:**09/01/2026**Fecha salida:**09/01/2026**Parentesco del responsable:**NO REFIERE**Tipo de vinculación:**REGIMEN CONTRIBUTIVO**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**E.P.S SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.-EPS-S.O.S.**DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA,COCAINA)****RESULTADO****UNIDAD DE MEDIDA****VALOR DE REFERENCIA****RESULTADO**

· 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**

ANGIE DANIELA CORREA BATIOJA  
RM: N/A  
Firma y sello del médico

**ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD**

**SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO

**TELÉFONO:**6024851895 - 6024853174

**DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando

**EMAIL:** citas.cali2@cendiatra.com

**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI

**FECHA EXAMEN:**2026-01-09

CC:6407318

**Nombres y apellidos:**DANIEL FABRICIO SALAZAR

BEJARANO

**Fecha de nacimiento:**23/02/1983

**Edad:**42 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +

**Teléfono:**3026291281

**Dirección:**

**Nombre acompañante:**NO REFIERE NO REFIERE

**Teléfono acompañante:**NO REFIERE

**Nombre responsable:**NO REFIERE NO REFIERE

**Teléfono responsable:**NO REFIERE

**Departamento:**VALLE

**ARL:**COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE

RIESGOS PROFESIONALES Y SEGUROS VIDA

**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**CONDUCTOR

**Fecha ingreso:**09/01/2026

**Fecha salida:**09/01/2026

**Parentesco del responsable:**NO REFIERE

**Tipo de vinculación:**REGIMEN CONTRIBUTIVO

**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS

**EPS:**E.P.S SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.-EPS-S.O.S.



LECTURA ELECTROCARDIOGRAMA:

**LECTURA ELECTROCARDIOGRAMA**

RITMO SINUSUAL

ECG NORMAL

E C B

CC:

RM:

LIC-SST:

Firma y sello del médico

DANIEL FABRICIO SALAZAR

BEJARANO

CC: 6407318

Firma del paciente



**CERTIFICADO PSICOSENSOMETRICO**

**SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO

**TELEFONO:**6024851895 - 6024853174

**DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando

**EMAIL:** citas.cali2@cendiatra.com

**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI

**FECHA EXAMEN:**2026-01-09

**Nombres y apellidos:**DANIEL FABRICIO SALAZAR BEJARANO  
**Fecha de nacimiento:**23/02/1983  
**Empresa:**PARTICULAR  
**Empresa usuaria:**  
**Cargo:**CONDUCTOR  
**Departamento:**VALLE  
**ARL:**COMPANIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGUROS VIDA  
**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES

**CC:**6407318  
**Edad:**42 **Sexo:**MASCULINO  
**Fecha ingreso:**2026-01-09 / 10:24:05  
**Fecha salida:**2026-01-09 / 10:24:05  
**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS  
**EPS:**E.P.S SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.-EPS-S.O.S.



**ESTADO:**  
ESTADO APROBADO

MANUEL ESTEBAN MONTANO  
CANDELO  
CC: 1151954295  
RM: N/A  
LIC-SST: 4145  
Firma y sello del médico

DANIEL FABRICIO SALAZAR  
BEJARANO  
CC: 6407318  
Firma del paciente