

INFORME AUDIOMETRIA

19/04/24

1

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

e-mail

Paciente:	OMAR EXCEOBER CASTAÑEDA CONTRERAS	Género	MASCULINO
Identificación	CC 11203370	Fecha de Nacimiento	05/07/1980
Direccion	CLL 5 N 14 A 76 CHIA	Edad Actual	43 A
Acompañante		3114624167	
Aseguradora	PARTICULAR 1	NINGUNO	
Fecha del Examen	01/04/2024	Ciudad	CAJICA
		Tipo de Examen	PREIN

Razon social empresa que lo contrato o contratara

Area o Sede

PARTICULAR CHIA

Fecha Ingreso a la Empresa / / Cargo CONDUCTOR Rotación

Sección TRANSPORTE Antiguedad en el Cargo actual

ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICION AL RUIDO

EMPRESA ACTUAL

Nombre del Cargo Desempeñado (Inicie con el actual) Tiempo I C S N B R

Nombre Empresa	Nombre Cargo	Tiempo	Tipo Elemento Protección				
TRANSPORTES CALDERON	CONDUCTOR	1.5 AÑOS	NO APLICA				
TRANS. ESPECIALES	CONDUCTOR	2 AÑOS	NO APLICA				

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES

Otitis	NO REFIERE
Trauma	NO REFIERE
Cirugía	NO REFIERE
Ingesta Ototóxicos	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	NO REFIERE
Acúfenos	X BILATERAL OCASIONAL
Otro	NO REFIERE
Tejo	NO REFIERE
Moto	NO REFIERE
Discoteca	NO REFIERE
Servicio Militar	X AÑO 2000 POLICIA
Polígono	NO REFIERE
Manos Libres	NO REFIERE
Otro	X CARRO 5-6 HORAS DIARIAS

Condiciones de toma de la prueba

Descanso Auditivo Horas Realizó re test Si No Usó cabina sonoamortiguada X Si No

Marca y referencia audiómetro utilizado AMPLAID A 177 PLUS - SERIE MIA17P0413001

Fecha de la última calibración 25/09/2023

Otoscopía

Oido Derecho	CAE Y MEMBRANA TIMPANICA NORMAL
Oido Izquierdo	CAE Y MEMBRANA TIMPANICA NORMAL

Audiometría 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000

Vía Aérea	Oido Derecho	10	10	10	10	15	15	10
	Oido Izquierdo	15	10	10	10	10	25	20

Via Osea Oido Derecho

Oido Izquierdo

ANALISIS COMPARATIVO Frecuencia Oido Derecho Oido Izquierdo CAMBIO UMBRAL

Cambio Umbral Auditivo Oido Derecho Si No

Cambio Umbral Auditivo Oido Izquierdo Si No

PTA Promedio Tonal Auditivo	< 25 Normal	> 25 Anormal
PTA OD	10,00	
PTA OI	10,00	



INFORME DE VISIONETRIA - OPTOMETRIA

19/04/24

1

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

e-mail

Paciente: OMAR EXCEOBER CASTAÑEDA CONTRERAS **Género:** MASCULINO
Identificación: CC 11203370 **Fecha de Nacimiento:** 05/07/1980 **Edad Actual:** 43 A
Direccion: CLL 5 N 14 A 76 CHIA **3114624167**
Acompañante/Acudiente: NINGUNO **Usuario:** AFILIADO

Aseguradora: PARTICULAR 1

Fecha del Examen 01/04/2024 Ciudad CAJICA

Tipo de Examen PREIN

Razón social empresa que lo contrato o contratará Centro de Trabajo (Sede)

PARTICULAR 1 CAJICA - CONDUCTOR

INFORMACION PRESONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGIA VISUAL

Ha tenido cirugías o traumas oculares? SI CX DE PTERIGIO EN OI HACE 5 AÑOS

Presenta actualmente molestias en los ojos? NO

Está expuesto a riesgos ocupacionales Oculares en el car NO

Usa en el cargo actual elementos de protección ocular? NO

Problemas de Refracción NO

Corregido NO Tipo de Corrección

Frecuencia de uso

Tiempo de Evolución

Lensometría de Rx en uso OD
OI

Tipo de Lente

EVALUACION VISIONETRIA

Ojo Derecho		Ojo Izquierdo		Ambos Ojos	
20=547638	NO	25 = 428576	NO	30 = 943852	NO
40=795823	NO	50 = 357248	NO	60 = 7236	NO
70=9574	NO	100 = 92	NO	200 = 5	NO
				70 = 8453	NO
				100 = 85	NO
				200 = 3	NO
				70 = 2978	NO
				100 = 43	NO
				200=9	NO

Percepción del Color: 4 1 6 3

EVALUACION OPTOMETRIA

Dial No 2 AGUDEZA VISUAL				Visión Lejana		Visión Próxima		
Letras	SI	Numeros	E Direccional	NO	Uso de corrección en el examen	OD	20/20	0.5M
				NO		OI	20/20	0.5M
						AO	20/20	0.5M

Dial No 3 RETINOSCOPIA Ojo Der. NEUTRO

SUBJETIVO Ojo Izq. NEUTRO

Dial No 4 QUERATOMETRIA Ojo Izq. Ojo Der.

Ojo Izq.

Dial No 5 FORIAS Dial No 6 VISION PREFERICA Dial No 7 PERCEPCION DEL COLOR

LATERAL Normal SI VERTICAL Normal SI EVALUADA NO Normal NO EVALUADA SI Normal SI

Dial No 8 ESTEREOPSIS TEST DE LA MOSCA

Dial No 8 ESTEREOPSIS TEST DE LA MOSCA

Angulo a 40 cm en seg de Arco

800 140 60

600 100 50

400 80 40 X

Dial No 9 EVALUACION SEGMENTO EXTERNO

Ojo Derecho Anormal NO Tipo HIPERPLASIA NASAL GRADO II

Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo SIN ALTERACION

Dial No 10 OFTALMOSCOPIA

Ojo Derecho Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE

Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE



INFORME DE VISIONETRIA - OPTOMETRIA

19/04/24

2

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

e-mail

PATOLOGIA DE REFRACTION

Lejos

Ojo Derecho

Ojo Izquierdo

Cerca

Ojo Izquierdo

Agudeza Visual Normal

X

X

X

X

Adecuadamente Corregida

Inadecuadamente Corregida

No Corregida

No requiere Corección

Visión de profundidad

Normal SI

Percepción de Colores

Normal SI

Forjas

Normal SI

Visión Periférica

Normal NO

Cumple requerimiento ocupacional

SI

Debe usar corrección para laboral

NO

Observación SE RECOMIENDA PROTECCION AMBIENTE

Diagnóstico EMETROPE, PTERIGIO OD

Remisión a: Ortóptica NO

Oftalmología NO

Contactología NO

Control en 1 AÑO

OBSERVACIONES

APTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico ocupacional(es), registrado(s) en este documento.

El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará UNIMOS SALUD para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. UNIMOS SALUD para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 -


Sonia Ballesteros Poveda
 Optometrista
 TP. 1018435574
 2745 CTNPO


 Bunturk !!

Evaluated

Firma

SONIA LIZETTE BALLESTEROS POVEDA

Registro Médico 1018435574

Firma Aspirante o Trabajador

OMAR EXCEOBER CASTAÑEDA CONTRERAS

Documento de identidad CC 11203370



CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
CEMEDICA S.A.S

1



NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

Paciente: OMAR EXCEOBER CASTAÑEDA CONTRERAS
Identificación CC 11203370
Dirección CLL 5 N 14 A 76 CHIA
Aseguradora PARTICULAR 1

Fecha de Nacimiento 05/07/1980

Género MASCULINO
Edad Actual 43 A
Telefono 3114624167
Fecha Ingreso 01/04/24 13:02

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Fecha del Examen	Ciudad	Tipo de Examen	Otro
19/04/2024	CAJICA - CUNDINAMARCA	Pre-Ingresa	CONDUCCION
Razon social de la empresa que lo contrato o contratara		Razon social de la empresa en que laborá, laborará o laboró	
PARTICULAR 1		INDEPENDIENTE	
Cargo		Area o Sede	
CONDUCTOR		TRANSPORTE	

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

Dermatologico	X Osteomuscular	Riesgo vascular
Manipulador de alimentos	Alturas	X Otro? Cual? CONDUCCION

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Aplazado
X Apto con recomendaciones para el cargo	Apto para trabajo en espacios confinado	Motivo de Aplazamiento
Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo	Apto para manipular alimentos	

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

**ALTERACION LEVE EN EL METABOLISMO DE LIPIDOS SE RECOMIENDA DIETA BAJA EN GRASAS Y ACTIVIDAD FISICA

* ALTERACIÓN OCULAR EN CONJUNTIVA , SE RECOMIENDA VALORACIÓN ANUAL POR OFTALMOLOGIA POR SU E.P.S.; EVITAR LA EXPOSICIÓN EXCESIVA A LA LUZ DEL SOL, AL VIENTO, A MATERIAL PARTICULADO, VAPORES Y HUMOS ,USO DE PROTECCION VISUAL

REQUISITOS DE SALUD

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:	SI NO X				

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

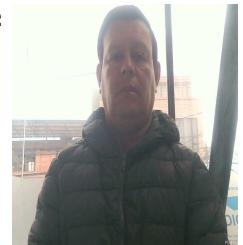
CONDUCTA

X Examen Médico	Examen Radiológico	NA Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patología diagnóstica
X Audiometría	¿Cuál(es)?	NA Continuar manejo actual y control por EPS
Espirometría		NA Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS
X Optometría	.	NA Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
Electrocardiograma		NA Asistir a programas de promoción y prevención EPS
X Exámen Psicosensométrico	X Exámenes de Laboratorio	NA Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos
Otro?Cual?	¿Cuál(es)?	*NA = No Aplica
	COL TOTAL TG GLUCOSA	Amplie su conducta
		EXAMEN NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS



CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S



NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

RECOMENDACIONES

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Exámen Ocupacional Anual | <input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de elementos de protección personal | <input checked="" type="checkbox"/> Pausas Activas |
| Reingreso laboral | Reubicación | Rehabilitación profesional | |
| Otro? Cual? | | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 - Minprotección)

Dra. Carolina Martínez Vidal
 Especialista en Salud Ocupacional
 RM. 52997233
 LSO 8476 / 22

Bruno !!

MEDICO

Carolina Martinez

Firma

CAROLINA MARTINEZ VIDAL

Registro Médico
RM 52997233

Licencia salud ocupacional
LSO 8476/22

Firma ASPIRANTE O TRABAJADOR

OMAR EXCEOBER CASTAÑEDA CONTRERAS

Documento de identidad
CC 11203370

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL



RESULTADOS EXAMENES DE LABORATORIO

19/04/24

1

CEMEDICA S.A.S

Direccion CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
EMail

Fecha 19/04/2024 Edad 43 A
Paciente: CASTAÑEDA CONTRERAS OMAR EXCEOBER
Direccion CLL 5 N 14 A 76 CHIA
Telefono 3114624167 Identificacion CC 11203370
Aseguradora PARTICULAR 1

COLESTEROL TOTAL

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL:	155	Menor de 200 mg/dl
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL):	..	H:30-70 mg/dl M: 30-85 mg
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL):	.	< 140 mg/dl
TRIGLICERIDOS:	229	Menor de 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL:	.	2-30 mg/dl

QUIMICA CLINICA

CREATININA SERICA:	.	H: 0.70-1.30 M: 0.60-1.10
GLICEMIA BASAL:	.	70-110 mg/dl
GLICEMIA POST PRANDIAL:	.	
Observaciones:	.	
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA(GOT)	.	HASTA: 40 U/L
TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA (GPT)	.	HASTA: 40 U/L
Observaciones:	.	
HORA DE TOMA DE MUESTRA:	.	
HORA ENTREGA DE RESULTADO:	9:30	

Lorena del Pilar Vega Castro
Bacteriologa y Laboratorista Clinico
T.P 61986153 S.D.S

BACTERIOLOGA