



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
Dirección CLL 5 N 14 A 76 CHIA 3114624167
Acompañante NINGUNO **Usuario** AFILIADO
Aseguradora PARTICULAR 1

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

Antigüedad en el Cargo actual

ANTECEDENTES LABORALES CON EXPOSICION AL RUIDO

EMPRESA ACTUAL

Nombre del Cargo Desempeñado (Inicie con el actual)

Tiempo

Tipo*

I C S N B R

Nombre Empresa

TRANSPORTES CALDERON

TRANS. ESPECIALES

Nombre Cargo

CONDUCTOR

CONDUCTOR

Tiempo

1.5 AÑOS

2 AÑOS

Tipo Elemento Protección

NO APLICA

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

Poligono

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

Otoscopia

Oído Derecho CAE Y MEMBRANA TIMPANICA NORMAL

Oído Izquierdo CAE Y MEMBRANA TIMPANICA NORMAL

Audiometría	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-------------	-----	-----	------	------	------	------	------	------

Via Aérea Oído Derecho	10	10	10	10	10	15	15	10
------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----

Oído Izquierdo	15	10	10	10	10	10	25	20
----------------	----	----	----	----	----	----	----	----

Via Osea Oído Derecho

Oído Izquierdo

ANALISIS COMPARATIVO

Frecuencia

Oído Derecho

Oído Izquierdo

CAMBIO UMBRAL

500 Hz

Cambio Umbral Auditivo Oído Derecho

Si

No

1000 Hz

Cambio Umbral Auditivo Oído Izquierdo

Si

No

2000 Hz

3000 Hz

4000 Hz

6000 Hz

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

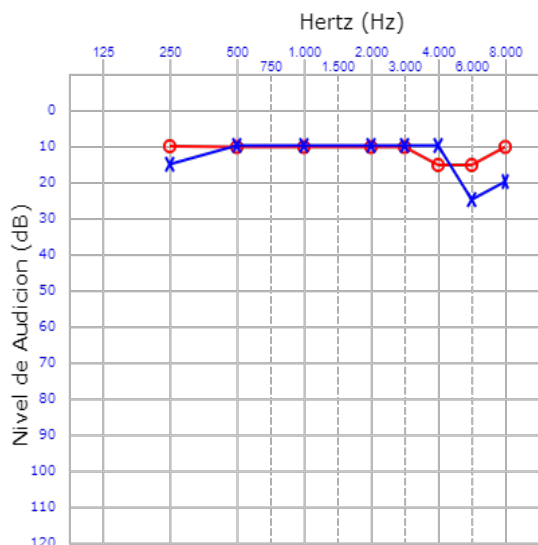


CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

e-mail



	Oído derecho		Oído Izquierdo	
	Sin E	Con E	Sin E	Con E
Conducción aérea	O	—	X	□
Conducción ósea	<	[>]
Inaudible				

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

Diagnóstico

CLASIFICACIÓN GATISO

< 25 Db Audición Normal

26-40 dB Hipoacusia Leve

41-55 dB Hipoacusia Moderada

56-70 dB Hipoacusia Moderada a Severa

71-90 dB Hipoacusia Severa

>90 dB Hipoacusia Profunda

Oído

Derecho

X

Oído

Izquierdo

X

Bilateral

X

CUAT (Cambio Umbrales Auditivos Temporal)

Oído

Oído

No

Derecho

Izquierdo

Bilateral

Realizable

Sin cambio en los Umbrales

CUAP (Cambios Umbrales Auditivos Permanente)

Oído

Oído

No

Derecho

Izquierdo

Bilateral

Realizable

Sin cambio en los Umbrales

RECOMENDACIONES

Control Auditivo en un año

X

Control Auditivo en seis meses

Uso Protección Auditiva

Control por otorrinolaringología

Lavado Auditivo

Oído Derecho

Oído Izquierdo

Audiometría Confirmatoria

Fecha / /

Exámenes Audiológicos Complementarios

OBSERVACIONES

UMBRALES AUDITIVOS DENTRO DE PARAMETROS NORMALES DE FORMA BILATERAL. RECOM. PAUTAS DE HIGIENE

AUDITIVA, CONDUCIR CON VENTANAS ARRIBA, REPOSO AUDITIVO POST JORNADA

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 interp

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

Evaluado Por

Interpretado Por

Aspirante o Trabajador

JEISON HERNANDEZ
C.C. 1030674873
FONO AUDIÓLOGO UMB

Butrup!!

Firma

JEISON RAMIRO HERNANDEZ CONTRERAS

Registro Médico 1030674873

Firma

Nombre

Registro Médico

Firma

OMAR EXCEOBER CASTAÑEDA CONTRERAS

Documento de identificación

CC

11203370



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
Dirección 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 contratara****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 VISIOMETRIA

Ojo Derecho				Ojo Izquierdo				Ambos Ojos			
20=547638	NO	25 = 428576	NO	30 = 943852	NO	20 = 745932	NO	25 = 578236	NO	30 = 346752	NO
40=795823	NO	50 = 357248	NO	60 = 7236	NO	40 = 534268	NO	50 = 752386	NO	60 = 6254	NO
70=9574	NO	100 = 92	NO	200 = 5	NO	70 = 8453	NO	100 = 85	NO	200 = 3	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	NO	OD 20/20	0.5M	
							OI 20/20	0.5M	
							AO 20/20	0.5M	

Dial No 3 RETINOSCOPIA Ojo Der. NEUTRO
SUBJETIVO Ojo Izq. NEUTRO
Ojo Der.

Dial No 4 QUERATOMETRIA Ojo Izq.
Ojo Der.
Ojo Izq.

Dial No 5 FORIAS

LATERAL Normal SI VERTICAL Normal SI

Dial No 8 ESTEREOPSIS

Dial No 8 ESTEREOPSIS

Angulo a 40 cm en seg de Arco

800 140

600 100

400 80

Dial No 6 VISION PEREFERICA
EVALUADA NO Normal NO

Dial No 7 PERCEPCION DEL COLOR
EVALUADA SI Normal SI

TEST DE LA MOSCA

60

50

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



CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

e-mail

PATOLOGIA DE REFRACCION

		Lejos		Cerca	
		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Agudeza Visual Normal	X	X	X	X	
Adecuadamente Corregida					
Inadecuadamente Corregida					
No Corregida					
No requiere Corrección					
Visión de profundidad	Normal	SI	Percepción de Colores	Normal	SI
Forias	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:	Ortópica	NO	Oftalmología	NO	Control en 1 AÑO

OBSERVACIONES

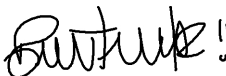
APTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o 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(s) 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 UNIMOS SALUD para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi 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 párrafo del Artículo 10 -


Sonia Ballesteros Poveda
Optómetra
T.P. 1018435574
2745 CTNPO



Evaluated

Firma

SONIA LIZETTE BALLESTEROS POVEDA

Registro Médico 1018435574

Firma Aspirante o Trabajador

OMAR EXCEOBER CASTAÑEDA CONTRERAS

Documento de identidad CC 11203370



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

Paciente: OMAR EXCEOBER CASTAÑEDA CONTRERAS Género MASCULINO
Identificación CC 11203370 Fecha de Nacimiento 05/07/1980 Edad Actual 43 A
Dirección CLL 5 N 14 A 76 CHIA Telefono 3114624167
Aseguradora PARTICULAR 1 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-Ingreso	CONDUCCION
Razon social de la empresa que lo contrato o contratara		Razon social de la empresa en que laborará, 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 profesigramas 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 Radiologico	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 Psicosenso-metrico	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



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 proteccion 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(s) 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

Butrup!!

MEDICO

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

EEmail

Fecha 19/04/2024 Edad 43 A
Paciente: CASTAÑEDA CONTRERAS OMAR EXCEOBER
Direccion CLL 5 N 14 A 76 CHIA
Telerfono 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
Bacterióloga y Laboratorista Clínico
T.P 51986483 S.D.S

BACTERIOLOGA