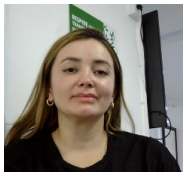
Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA BARRANQUILLA
DIRECCIÓN: Carrera 51B # 94-334, Centro Médico Vital oficina 201, Altos del Limón
CIUDAD DE LA SEDE:BARRANQUILLA
TELÉFONO:6053854122 - 6053854124
EMAIL:barranquilla@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2025-12-15

Nombres y apellidos:MELISA ANDREA PEREZ TORRADO
CC:1090442113
Fecha de nacimiento:25/10/1991
Edad:34 **Sexo:**FEMENINO
Empresa:PARTICULAR
Fecha ingreso:2025-12-15 / 08:17:53
Empresa usuaria:
Fecha salida:2025-12-15 / 08:56:26
Cargo:INDEPENDIENTE
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
Departamento:ATLANTICO
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.
ARL:
Fondo de Pensiones:NO REFIERE



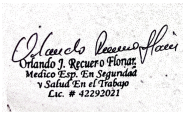
EXÁMENES REALIZADOS

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

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

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL VISUAL ANUAL

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.



ORLANDO DE JESUS RECUERO FLORIAN
CC: 72246502
RM: 8186807
LIC-SST: 42292021
Firma y sello del médico

MELISA ANDREA PEREZ TORRADO
CC: 1090442113
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA BARRANQUILLA

DIRECCIÓN: Carrera 51B # 94-334, Centro Médico Vital oficina 201, Altos del Limón

CIUDAD DE LA SEDE:BARRANQUILLA

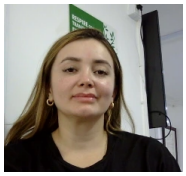
TELÉFONO:6053854122 - 6053854124

EMAIL:barranquilla@cendiatra.com

FECHA EXAMEN:2025-12-15

Nombres y apellidos:MELISA ANDREA PEREZ TORRADO
Fecha de nacimiento:25/10/1991
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INDEPENDIENTE
Departamento:ATLANTICO
ARL:
Fondo de Pensiones:NO REFIERE

CC:1090442113
Edad:34 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-12-15 / 08:17:53
Fecha salida:2025-12-15 / 08:56:26
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. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL VISUAL ANUAL

Orlando J. Recuero Florian
Medico Esp. En Seguridad y Salud En el Trabajo
Lic. # 42292021

ORLANDO DE JESUS RECUERO FLORIAN
CC: 72246502
RM: 8186807
LIC-SST: 42292021
Firma y sello del médico

MELISA ANDREA PEREZ TORRADO
CC: 1090442113
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

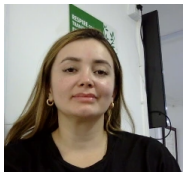
Cendiatra

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

SEDE:CENDIATRA BARRANQUILLA
DIRECCIÓN: Carrera 51B # 94-334, Centro Médico Vital oficina 201, Altos del Limón
CIUDAD DE LA SEDE:BARRANQUILLA
TELÉFONO:6053854122 - 6053854124
EMAIL:barranquilla@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2025-12-15

CC:1090442113
Nombres y apellidos:MELISA ANDREA PEREZ TORRADO
Fecha de nacimiento:25/10/1991
Edad:34 **Sexo:**FEMENINO **RH:**B +
Teléfono:3108559235
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:ATLANTICO
ARL:
Fondo de Pensiones:NO REFIERE

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INDEPENDIENTE
Fecha ingreso:15/12/2025
Fecha salida:15/12/2025
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:	SI	OCASIONAL
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:	8 AÑOS
NIVEL DEL RUIDO:	MEDIOS
TIPO DE PROTECCION:	NINGUNA

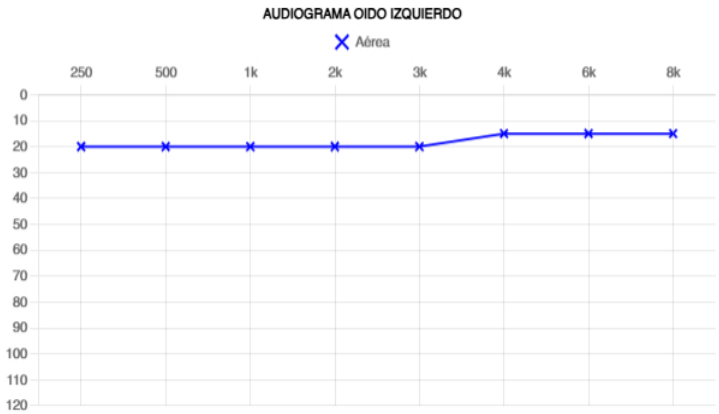
OTOSCOPIA

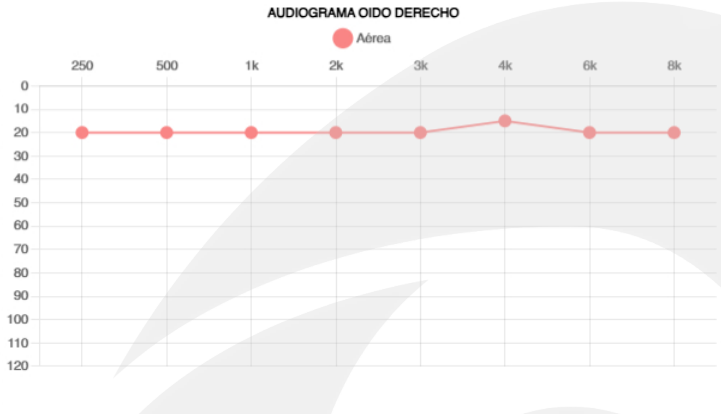
SECCION 1

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	20		20		20		20		20		15		20		20	
OI	20		20		20		20		20		15		15		15	

INTERPRETACIÓN

PTA OD (1k, 2K, 3K y 4K)	18.75
PTA OI (1k, 2K, 3K y 4K)	18.75

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:

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	1 AÑO
LIMPIEZA AUDITIVA:	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO:	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL:	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS:	NO	

Madeleine Gomez Mulett
FONOAUDIOLOGA
REG. 10-0660 - ESP. S.O. RES. 2956

MADELEINE GOMEZ MULETT
CC: 55221245
RM: N/A
LIC-SST: 2956
Firma y sello del médico

MELISA ANDREA PEREZ TORRADO
CC: 1090442113
Firma del paciente

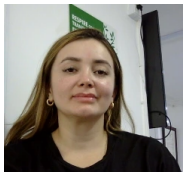
Cendiatra

EXAMEN OPTOMETRICO

SEDE:CENDIATRA BARRANQUILLA
DIRECCIÓN: Carrera 51B # 94-334, Centro Médico Vital oficina 201, Altos del Limón
CIUDAD DE LA SEDE:BARRANQUILLA
TELÉFONO:6053854122 - 6053854124
EMAIL:barranquilla@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2025-12-15

CC:1090442113
Nombres y apellidos:MELISA ANDREA PEREZ TORRADO
Fecha de nacimiento:25/10/1991
Edad:34 **Sexo:**FEMENINO **RH:**B +
Teléfono:3108559235
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:ATLANTICO
ARL:
Fondo de Pensiones:NO REFIERE

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INDEPENDIENTE
Fecha ingreso:15/12/2025
Fecha salida:15/12/2025
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	RANITIDINA
OTROS:	SI	ULTIMO CONTROL VISUAL FUE HACE 4 MESES. AMBLIOPIA EN OJO DERECHO DX EN LA INFANCIA.
¿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:	

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA

SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/200	
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:		
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/20	
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:		
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/20	
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:		

VISIÓN PRÓXIMA

SIN CORRECCION OD:		TITULO
CON CORRECCION OD:		
SIN CORRECCION OI:	0.50 CM.	
CON CORRECCION OI:		
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.50 CM.	
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:		

ESTENOPEICO

SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	20/200
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	NA
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

OD:	NORMAL
OI:	NORMAL

COVER TEST

SECCIÓN 1

LEJOS:	ORTHO
CERCA:	EXO
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.P.C:	
MOTILIDAD OCULAR:	NORMAL

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1

OD QUERATOMETRÍA:	NSR
OI QUERATOMETRÍA:	NSR

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1

OD OFTAMOLSCOPIA:	NSR
OI OFTAMOLSCOPIA:	NSR

REFRACCÍON

OJO DERECHO

ESTÁTICA:	+6.50 20/200
DINÁMICA:	
CICLOPLEJÍA:	

OJO IZQUIERDO

ESTÁTICA:	NEUTRO 20/20
DINÁMICA:	
CICLOPLEJÍA:	

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1

TEXT ADICIONALES:	NO
VISIÓN CROMÁTICA:	NORMAL
ESTERIOPSIS:	NORMAL
TITMUS:	NO

RX EN USO

OD:	
OI:	

DIAGNÓSTICO

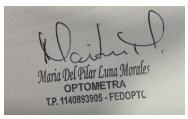
SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO 1:	Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 2:	H530: AMBLIOPÍA EX ANOPSIA
DIAGNÓSTICO 3:	H523: ANISOMETROPÍA Y ANISEICONÍA
DIAGNÓSTICO 4:	H520: HIPERMETROPÍA
DIAGNÓSTICO 5:	
OBSERVACIONES:	NINGUNA.

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

REQUIERE FORMULA:	NO
CONTROL ANUAL:	SI
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:	NO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	NO



MARIA DEL PILAR LUNA MORALESS
CC: 1140893905
RM: N/A
LIC-SST: 3009
Firma y sello del médico

MELISA ANDREA PEREZ TORRADO
CC: 1090442113
Firma del paciente