PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Ciudad y fecha: Medellín 29 de febrero del 2024

Señor (a)
LUIS FELIPE DIAZ TABORDA
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.5905952**
Cargo del supervisor: Coordinador académico
Dependencia: CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL
Ciudad: MEDELLIN

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes 02 del año 2024

Referencia: No **CO1.PCCNTR.5905952** del año 2024

FREDY NORBERTO BERMUDEZ TORRES, identificado con la cédula de ciudadanía No. 71698625 de Medellín, en mi calidad de Contratista del SENA, en Centro textil y de gestión industrial, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

CUARENTA Y CINCO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS ONCE PESOS M/CTE ($ 45.697.411) el cual será pagado de la siguiente manera: Nueve (9) pagos iguales correspondiente al mes de Marzo a noviembre de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($ 4.465.545), un primer pago correspondiente al mes de febrero por valor de TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($3.423.585) y un último pago correspondiente al mes de diciembre por valor de DOS MILLONES OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE ($ 2.O83.921) este plan de pago está sujeto a modificaciones de acuerdo con la fecha de inicio del contrato una vez perfeccionado el contrato en el SECOP II sin que en ningún caso supere el valor del contrato ni la vigencia 2024.

Plazo: Será hasta el 14 de diciembre de 2024.

OBJETO:
CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CTGI REGIONAL ANTIOQUIA

Obligaciones Especificas:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Apoyar la divulgación y apertura de los grupos de formación de acuerdo con el calendario académico, recolección y revisión de documentos de los aspirantes.	Se realizo apoyo en la apertura de grupos de formación.	Para el mes no se realiza la actividad.
2	Planear y ejecutar la formación profesional en el área de su educación de acuerdo con el programa y la competencia del programa asignado, para el logro de los resultados de aprendizaje definidos cumpliendo las horas de formación de las competencias de los programas de formación equivalentes a la programación de la Formación Profesional Integral.	Programación de la formación profesional integral en la plataforma Sofia Plus.	Programación y gestión de tiempos en la plataforma Sofia Plus.
3	Apoyar la elaboración de la planeación pedagógica, guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación, plan de trabajo, ayudas didácticas requeridos para el desarrollo de los procesos de formación asignados	Diseño, elaboración de la planeación pedagógica, guía de aprendizaje, instrumentos de evaluación, plan de trabajo concertado.	Diseño de guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación de las fichas: Asignadas en el mes

4	Registrar en el aplicativo SOFIA PLUS, todas las evidencias del proceso formativo: crear las rutas de aprendizaje, asociar aprendices, realizar registro de inasistencia de aprendices, planes de mejoramiento y registrar juicios evaluativos, acorde con los lineamientos institucionales.	Registrar en el aplicativo SOFIA PLUS, todas las evidencias del proceso formativo: crear las rutas de aprendizaje, asociar aprendices, realizar registro de inasistencia de aprendices	Crear las rutas de aprendizaje, asociar aprendices, realizar registro en SOFIA PLUS de las fichas asignadas este mes.
5	Participar en las reuniones de equipos de ejecución de la formación por grupo o áreas, según la determinación de la respectiva Coordinación Académica y de acuerdo con el procedimiento establecido por la institución, para garantizar integralidad en el diseño de actividades de aprendizaje.	Participar en las reuniones de equipos de ejecución de la formación por grupo o áreas.	Listado de asistencia reunión de equipo ejecutor y líderes de programa para este mes
6	Presentar las actas finales de cierre de etapa lectiva deresponsable, acorde con los lineamientos institucionales.	Presentar las actas finales de cierre de etapa lectiva de las fichas asignadas como responsable, acorde con los lineamientos institucionales.	Para este mes no se realiza la actividad.
7	Apoyar el trámite de las novedades de deserción de aprendices acorde con lo establecido en el reglamento del aprendiz	Apoyar el trámite de las novedades de deserción de aprendices acorde con lo establecido en el reglamento del aprendiz	Para este mes de no se realiza reportes de novedades de deserción.
8	Asistir a los aprendices en las novedades acorde con lo establecido en el reglamento del aprendiz.	Asistir a los aprendices en las novedades acorde con lo establecido en el reglamento del aprendiz	Para este mes Se asiste a aprendices que solicitan resolver inquietudes, con respecto al reglamento.

9	Aportar todos los documentos soporte del proceso de formación profesional, publicados en la plataforma SIGA así como los requeridos para aseguramiento de la calidad (Autoevaluación y Registro calificado).	Aportar todos los documentos soporte del proceso de formación profesional, publicados en la plataforma SIGA	Guía de aprendizaje y planeación pedagógica de los programas complementarios de trabajo en alturas
10	Participar en los comités de evaluación y seguimiento de carácter ordinario y extraordinario, elaborar las actas derivadas de las reuniones de acuerdo con los procesos de formación según programación previamente definida por la Coordinación Académica.	Participar en los comités de evaluación y seguimiento de carácter ordinario y extraordinario.	Para este mes no se participa en los comités ordinarios y extraordinarios.
11	Participar en proyectos de investigación aplicada, técnica y pedagógica en función de la formación profesional de los programas relacionados con el área temática.	Proyectos de investigación aplicada, técnica y pedagógica en función de la formación profesional de los programas relacionados con el área temática.	Aún no he sido requerido por parte de coordinación académica para participar en esta actividad.
12	. Participar en equipos de diseño y/o desarrollo curricular a los que sea convocado por las coordinaciones académicas de acuerdo con solicitud de la Dirección de Formación Profesional	Participar en equipos de diseño y/o desarrollo curricular a los que sea convocado por las coordinaciones académicas	Aún no he sido requerido por parte de coordinación académica para participar en esta actividad.
13	Comunicar al Supervisor del contrato en un plazo máximo de tres (3) días hábiles anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información.	Comunicar al Supervisor del contrato en un plazo máximo de tres (3) días hábiles anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información.	Para este mes no se reporta novedades a la coordinación académica.

14	Comunicar al Supervisor del contrato en un plazo no inferior a quince (15) días hábiles las anomalías, inconsistencias, novedades del Contrato (Cesión-Terminación), en el caso de la terminación solo procederá cuando culmine el periodo de ley de garantía.	Comunicar al Supervisor del contrato en un plazo no inferior a quince (15) días hábiles las anomalías, inconsistencias,	Para este mes de no se presentan novedades con el contrato.

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

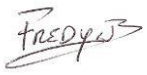
ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHA DE DESPLAZAMIENTO INICIAL	FECHA DE DESPLAZAMIENTO FINAL
1.	XX	XX	XX	XX
2.	XX	XX	XX	XX

Nota 1: Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. 68384022 de la planilla, ARUS, diciembre (Decreto Ley 2106 de 2019 – “Decreto Ley Anti tramites”)

Evidencias en (24)
folios

Cordialmente,



Firma

FREDY NORBERTO BERMUDEZ TORRES

Contratista

C.C. No. 71698625

Recibí a satisfacción:

Firma

LUIS FELIPE DIAZ TABORDA

Supervisor(a) Contrato **CO1.PCCNTR.5905952** de 2024

Cargo: Coordinador académico

Hace constar:

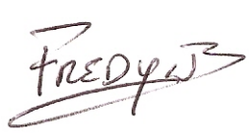
Que el Sr(a) FREDY NORBERTO BERMUDEZ TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 71698625 realizó el día 15/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo FREDY NORBERTO BERMUDEZ TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 71698625 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Hace constar:

Que el Sr(a) FREDY NORBERTO BERMUDEZ TORRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 71698625 el día 15/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

JUAN GUILLERMO CALVACHE GIRALDO, Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
MEDICINA ESPECIALIZADA - RESOLUCIÓN LICENCIA MÉDICA S.S.T. 52019060149072 - C.C. Monterrey, Oficina 702, Cel: 315 472 6760

CERTIFICADO INTEGRAL DE APTITUD OCUPACIONAL

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: FREDY NORBERTO BERMUDEZ TORRES | **EDAD:** 55 AÑOS | **FECHA:** 27 de ENE de 2023

IDENTIFICACIÓN: 71.698.625 | **EPS:** SURA | **AFP:** COLPENSIONES | **ARL:** POSITIVA | **TEL.:** 301 342 9290

CARGO: INSTRUCTOR

EMPRESA: INDEPENDIENTE | **HORA:** 7:30 a.m.

TIPO DE EXAMEN SOLICITADO

PREOCUPACIONAL	X	REINGRESO		PERIÓDICO OCUPAC.		RETIRO		POST INCAPACIDAD	
MANIPULADORES ALIMENT.		OSTEOMUSCULAR		VINCULACIÓN		RENOVACIÓN CONTRATO		REUBICACIÓN	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL OFICIO	X	REMITIDO (A)	

DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD DE ACUERDO CON EL PERFIL DEL CARGO

		DIAGNÓSTICOS Y OBSERVACIONES
X	CLINICAMENTE SANO	
X	SIN SECUELAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO	
X	SIN SECUELAS POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	
X	LLEVAR PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN RIESGOS	
X	NO PRESENTA SIGNOS O SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID - 19	
X	NO PRESENTA ALTERACIONES EN LOS RESULTADOS PARACLÍNICOS QUE LE IMPIDAN LABORAR	
	CON ENFERMEDAD COMÚN QUE AFECTA O LIMITA EL DESEMPEÑO LABORAL	
	CONTROL DE AUDIOMETRIA CLINICA CADA SEIS MESES	
	UTILIZAR DOBLE PROTECCION AUDITIVA (Tapones + Silicona)	
X	REQUIERE LENTES PARA LABORAR	
X	REQUIERE BAJAR DE PESO	

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS DE ACUERDO CON EL OFICIO A DESEMPEÑAR

X	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA - CINCO DOSIS	PRESENTAR CARNÉ DE VACUNACIÓN ACTUALIZADO
	PRESENTA SECUELAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO	
	PRESENTA **PRESUNTA** ENFERMEDAD PROFESIONAL	
	SE SUGIERE ESTUDIO DEL PUESTO DE TRABAJO PARA DOCUMENTAR RIESGO	
	REQUIERE OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
	REQUIERE CONTROL PERIÓDICO CON ESPECIALISTA EN LA E.P.S.	

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS: D: Derecho, I: Izquierdo, B: Bilateral, N: Normal, A: Alterado, A.M.A.: Arcos de Movilidad Activa

OPTOMETRIA	ALTERACIÓN REFRACTIVA CORREGIDA	B	COLUMNA CERVICAL		COLUMNA D-L		
RESPIRATORIO	NORMAL	X	MIEMBROS SUPERIORES		MIEMBROS INFERIORES		
DERMATOLÓGICO	NORMAL	X					
NEUROLÓGICO	NORMAL	X					
PSICOSOCIAL	NORMAL	X	HOMBRO		CADERA		
MUSCULO - ESQUELETICO	NORMAL	X					
A.M.A.	NORMAL	X	CODO		RODILLA		
ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL	X	MANOS		PIES		

LABORATORIO CLÍNICO = N: Normal, A: Alterado, P: Post-tratamiento

FROTIS FARINGEO		KOH UÑAS		COPROLÓGICO		E. COLI EN MANOS		CITOQCO. DE ORINA	
GLICEMIA EN AYUNAS	N	CUADRO HEMÁTICO		HDL		PIRETROIDES		COLINESTERASAS	
COLESTEROL TOTAL	N	TRIGLICÉRIDOS	N	PERFIL LIPÍDICO	N	LDL		VLDL	

REQUIERE REMISIÓN A: E: EPS A: ARL P: AFP

MEDICINA GENERAL		DERMATOLOGIA		ORTOPEDIA		MEDICINA INTERNA		FISIATRIA/REHABILITAC.	
CIRUGÍA GENERAL		OTORRINO		NEUROLOGÍA		OFTALM-OPTOMETRÍA		ALERGOLOGÍA	
ODONTOLOGÍA		NUTRICIONISTA	E	PSIQUIATRÍA		OTRA ESPECIALIDAD		CALIFICACIÓN PCL ARL	

RECOMENDACIONES GENERALES PREVENTIVAS

1. Implementar el programa de pausas activas con ejercicios de al menos 5 minutos por cada hora de trabajo. Incluye oficios en COMPUTADOR.
2. La carga compacta máx para mujeres es de 12,5 kg. y 25 kg. en hombres, en hombros máx.20 kg. mujeres y 50 kg. hombres (Res.2400/79. arts. 390 y 392)
3. Realizar programas periódicos de inducción y reinducción a todos los trabajadores e implementar programas de capacitación preventiva.
4. Cualquier sospecha de enfermedad profesional o presunto accidente trabajo debe ser reportado obligatoriamente a la A.R.L.
5. Verificar que la exigencia de la labor no exija sobreesfuerzos físicos o mentales que superen las capacidades del trabajador.
6. Para minimizar el riesgo sicosocial se debe brindar un trato humano y digno (Ley de acoso laboral. 1010 de 2006, Res. 734 de 2006).
7. Es obligatoria la investigación y notificación perentoria de accidentes de trabajo graves (Resolución 1401 de 2007).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su realización, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me realice, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas que estén establecidas para el cargo dentro del programa de salud ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes Sistemas de Vigilancia Epidemiológica que estén establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
El examinado autoriza para que a través del médico Laboral que realiza la presente evaluación, la empresa reciba este Certificado Médico Ocupacional.
EXAMINADO Bajo la gravedad del juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud.
Así mismo, he recibido las recomendaciones y/o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007.

Declaro que la información suministrada al médico que practicó el presente examen ocupacional es verdadera en todas sus partes y puede ser confirmada por la empresa, acepto que cualquier engaño, error o reticencia en la información suministrada exime al médico y la empresa de cualquier tipo de responsabilidad.
Para evitar FRAUDE por suplantación, NO SE ESCANEAN O FOTOCOPIAN LAS FIRMAS.

Juan Guillermo Calvache Giraldo
Médico y Cirujano CES
Especialista en Seguridad y Salud Ocupacional
Registro 5436 Licencia SST 52019060149072

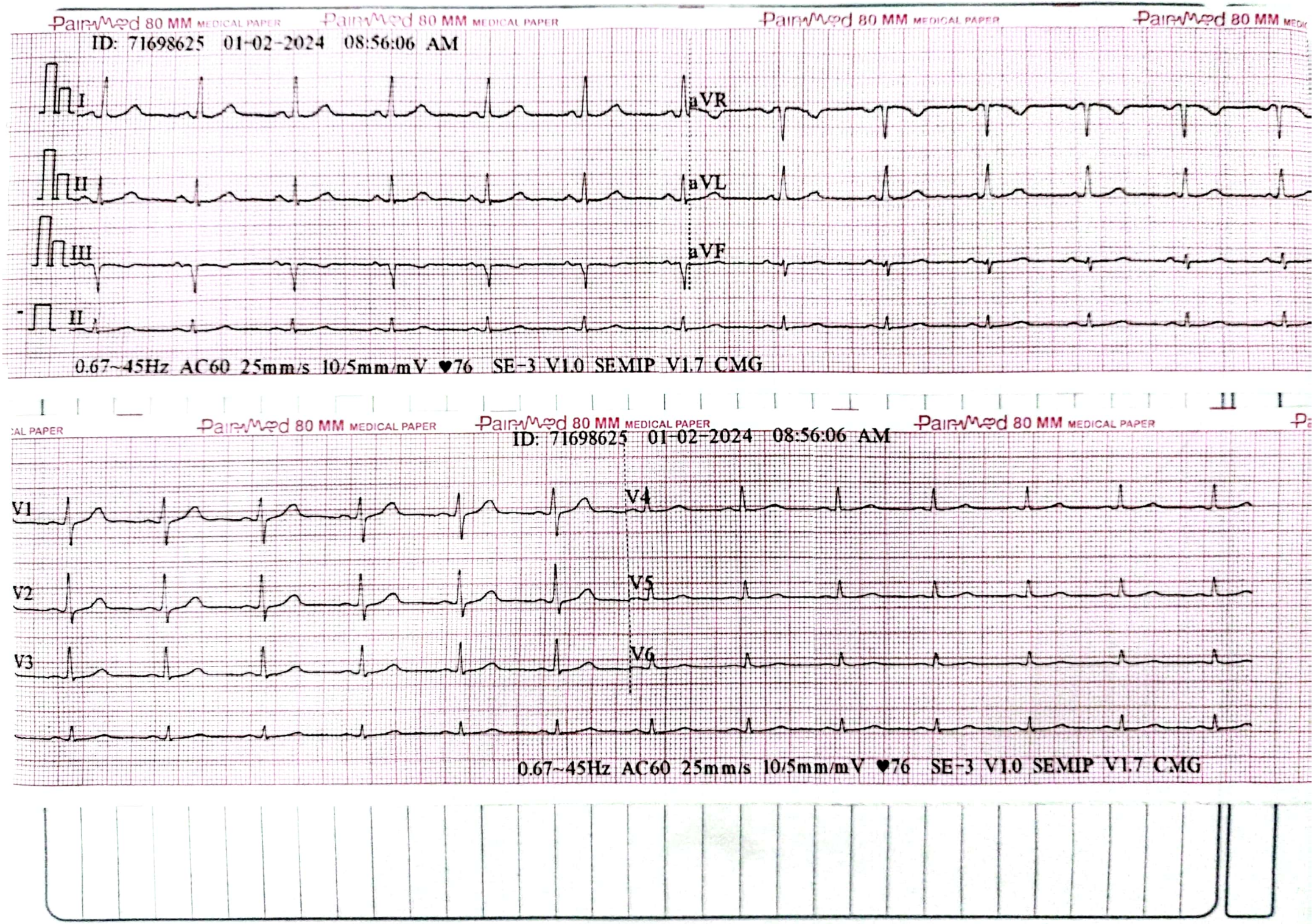
FIRMA EN ORIGINAL DEL MÉDICO Y LIC. S.S.T. 52019060149072

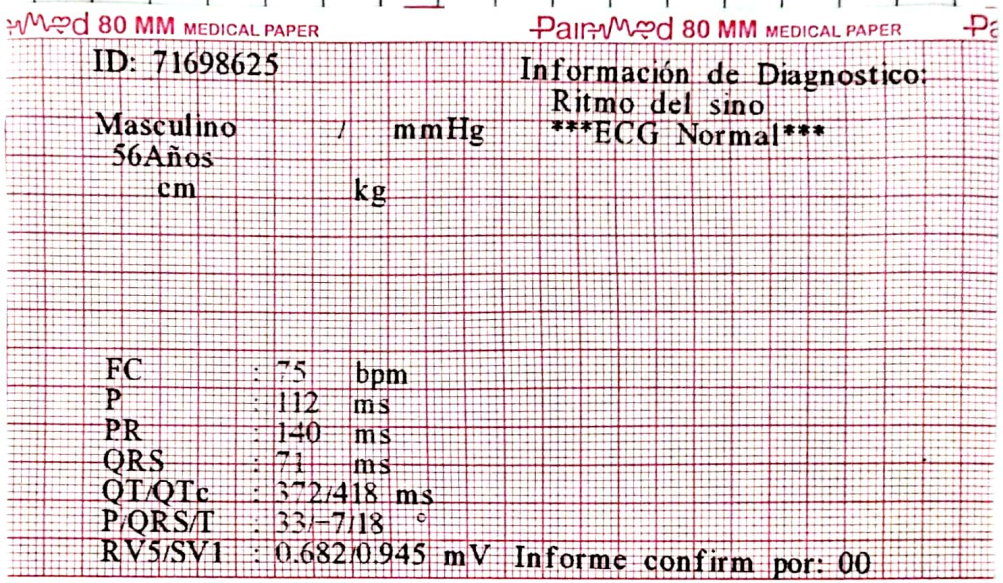
Firmo en **original** declarándome conforme con el examen médico y los resultados paraclínicos obtenidos.

NOMBRE LEGIBLE DEL TRABAJADOR Y C.C. 1.037.601.888

HUELLA DIGITAL

Como responsables de la custodia de la **HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL** (Res. 1918 de 2009) y los demás documentos que la conforman, se expide el presente **CERTIFICADO INTEGRAL DE APTITUD OCUPACIONAL** manteniendo en nuestros archivos los respectivos documentos que certifican el estado de salud del trabajador, preservando así el uso adecuado de la información médica.


Pairmed 80 MM MEDICAL PAPER
ID: 71698625 01-02-2024 08:56:06 AM
I
aVR
II
aVL
III
aVF
II
0.67~45Hz AC60 25mm/s 10/5mm/mV ♥76 SE-3 V1.0 SEMIP V1.7 CMG
V1
V4
V2
V5
V3
V6
0.67~45Hz AC60 25mm/s 10/5mm/mV ♥76 SE-3 V1.0 SEMIP V1.7 CMG

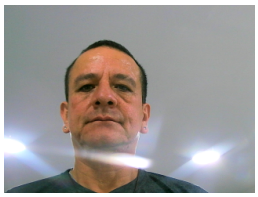


Fredy Norberto Bermudez Torres.
CC. 71698625
Independiente
01/02/2024

marfil

CENTRAL MEDICAL GROUP S.A.S
Especialistas en salud Ocupacional

Resultados Laboratorios



Fecha: 01/Feb/2024, **Hora:** 08:36:57 a.m.
Apellido: BERMUDEZ TORRES **Nombre:** FREDY NORBERTO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 71698625
Empresa: INDEPENDIENTE
Emp. Usuaria: INDEPENDIENTE
Cargo: INDEPENDIENTE
Direccion: BELEN SAN BERNARDO
Telefono: 3013429290 **Celular:** 3013429290 **Email:** **Estado Civil:** CASADO(A)
Ciudad: Antioquia - Medellín
Peso: Kg **Estatura:** M **IMC:** **Escolaridad:** UNIVERSITARIO **Jornada Laboral:** DIURNA
EPS: E.P.S SURA **ARL:** ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS **AFP:** COLPENSIONES
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 47123
Edad: 56 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 23/Oct/1967

Rh: A+

EXAMEN OCUPACIONAL

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
GLICEMIA		
Glicemia Basal	**98** mg/dl	70 a 110 mg/dl

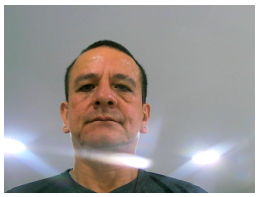
Maritza A. Monsalvez.
MARITZA MONSALVE ZAPATA
BACTERIÓLOGA
REG. 1152686718

JHON JAIME JIMENEZ JARAMILLO
TOMA DE MUESTRA-LABORATORIO CLINICO
Lic. de S.O #: 1216724108
Registro #: 05-5920-17

FREDY NORBERTO BERMUDEZ TORRES
CC 71698625

CENTRAL MEDICAL GROUP S.A.S
Especialistas en salud Ocupacional

Resultados Laboratorios



Fecha: 01/Feb/2024, **Hora:** 08:36:57 a.m.
Apellido: BERMUDEZ TORRES **Nombre:** FREDY NORBERTO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 71698625
Empresa: INDEPENDIENTE
Emp. Usuaria: INDEPENDIENTE
Cargo: INDEPENDIENTE
Direccion: BELEN SAN BERNARDO
Telefono: 3013429290 **Celular:** 3013429290 **Email:** **Estado Civil:** CASADO(A)
Ciudad: Antioquia - Medellín
Peso: Kg **Estatura:** M **IMC:** **Escolaridad:** UNIVERSITARIO **Jornada Laboral:** DIURNA
EPS: E.P.S SURA **ARL:** ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS **AFP:** COLPENSIONES
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 47123
Edad: 56 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 23/Oct/1967

Rh: A+

EXAMEN OCUPACIONAL

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
PERFIL LIPIDICO		
Colesterol Total	**184** mg/dl	0 a 200 mg/dl
Colesterol H.D.L. Alto riesgo menor de 35 mg/dl	**55** mg/dl	> 55 mg/dl
Colesterol L.D.L. Riesgo moderado menor de 150 mg/dl Alto riesgo mayor a 150 mg/dl	**97** mg/dl	0 a 160 mg/dl
Triglicéridos Serico	**160** mg/dl	< 160 mg/dl

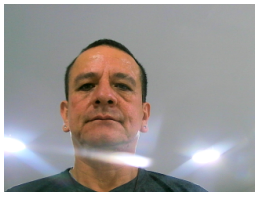
Maritza A. Monsalvez.
MARITZA MONSALVE ZAPATA
BACTERIÓLOGA
REG. 1152686718

JHON JAIME JIMENEZ JARAMILLO
TOMA DE MUESTRA-LABORATORIO CLINICO
Lic. de S.O #: 1216724108
Registro #: 05-5920-17

FREDY NORBERTO BERMUDEZ TORRES
CC 71698625

CENTRAL MEDICAL GROUP S.A.S
Especialistas en salud Ocupacional

OPTOMETRIA



Fecha: 01/Feb/2024, **Hora:** 08:36:57 a.m.
Apellido: BERMUDEZ TORRES **Nombre:** FREDY NORBERTO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 71698625
Empresa: INDEPENDIENTE
Emp. Usuaria: INDEPENDIENTE
Cargo: INDEPENDIENTE
Direccion: BELEN SAN BERNARDO
Telefono: 3013429290 **Celular:** 3013429290 **Email:** **Estado Civil:** CASADO(A)
Ciudad: Antioquia - Medellín
Peso: Kg **Estatura:** M **IMC:** **Escolaridad:** UNIVERSITARIO **Jornada Laboral:** DIURNA
EPS: E.P.S SURA **ARL:** ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS **AFP:** COLPENSIONES
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 47123
Edad: 56 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 23/Oct/1967

Rh: A+

EXAMEN OCUPACIONAL

Exposicion a Riesgos Ocupacionales Oculares en Empresa Actual y/o Anteriores

Tipo de Riesgo

Marque segun exista / existio exposicion	Si	No	Acumulada (Años)	Diaria (Horas)	Si	No
Quimicos (humos, gases, vapores, polvos)	☐	☑			☐	☑
Radiacion Ultra Violeta o Infrarroja (soldaduras, hornos)	☐	☑			☐	☑
Mecanico (Proyeccion de Particulas)	☐	☑			☐	☑
Iluminacion Inadecuada	☐	☑			☐	☑
☐ Excesiva ☐ Deficiente ☐ Reflejos						
Uso de Video Terminales	☐	☑				

Observaciones

Antecedentes familiares de importancia:
NO REFIERE

Antecedentes Personales

Generales	Si	No	Oculares	Ojo Derecho Si	Ojo Derecho No	Ojo Izquierdo Si	Ojo Izquierdo No
Hipertension Arterial	☐	☑	Cirugia Ocular	☐	☑	☐	☑
Diabetes	☐	☑	- Pterigio	☐	☑	☐	☑
Enfermedad Tiroidea	☐	☑	- Refractiva	☐	☑	☐	☑
Dislipidemia	☐	☑	- Estrabismo	☐	☑	☐	☑
Rinitis	☐	☑	Queratocomo	☐	☑	☐	☑
Migraña	☐	☑	Glaucoma	☐	☑	☐	☑
Trauma Craneoencefalico	☐	☑	Catarata	☐	☑	☐	☑
Otro(s) ☐ Cual(es):			Retinopatia	☐	☑	☐	☑
			Desprendimiento de Retina	☐	☑	☐	☑
			Ambliopia	☐	☑	☐	☑
NO REFIERE			Discromatopsia	☐	☑	☐	☑
			Totoplasmosis	☐	☑	☐	☑
			Otros	☐	☑	☐	☑

Sintomas y Signos

	Si	No		Si	No		Si	No
Vision Doble	☐	☑	Cefalea	☐	☑	Disminucion Agudeza Visual Vision Lejana	☐	☑
Vision Borrosa	☐	☑	Irritacion Ocular	☐	☑	Disminucion Agudeza Visual Vision Proxima	☐	☑
Fotofobia	☐	☑	Lagrimeo	☐	☑	Secreciones	☐	☑
Cansancio Ocular	☐	☑	Prurito Ocular	☐	☑	Dificultad de Enfoque Inicio Jornada	☐	☑
Resequedad Ocular	☐	☑	Dolor Ocular	☐	☑	Dificultar de Enfoque Fin Jornada	☐	☑

Ardor Ocular	☐	☑	Salto de Renglones	☐	☑	Otros cuales?	☐ ☑
Miodesopsias	☐	☑					

RX

Problemas de Refraccion: Si ☑ , No ☐ Cuales **PRESBICIA** , Tiempo de Evolucion

Corregido: Si ☑ , No ☐ Tipo de Correccion: Lentes de Contacto ☐ Gafas ☑ Ambos ☐ Frecuencia de Uso

Tiempo desde el ultimo examen visual **12** Meses Tiempo desde el ultimo cambio de formula **12** Meses

Evaluacion

Agudeza Visual

	Sin Correccion		Con Correccion	
	Vision Lejana	Vision Proxima	Vision Lejana	Vision Proxima
Ojo Derecho	**20/20**	**20/40**	**20/20**	**20/20**
Ojo Izquierdo	**20/20**	**20/40**	**20/20**	**20/20**

Lensometria

	Vision Lejana	Vision Proxima
Ojo Derecho		
Ojo Izquierdo		

Examen Externo

	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
	Si	No	Si	No
Pinguécula	☐	☑	☐	☑
Resequedad Ocular	☐	☑	☐	☑
Inyeccion Conjuntival	☐	☑	☐	☑
Hiperemia Conjuntival	☐	☑	☐	☑
Ptosis Palpebral	☐	☑	☐	☑
Pterigio	☐	☑	☐	☑
Secrecion Ocular	☐	☑	☐	☑
Edema Palpebral	☐	☑	☐	☑
Blefaritis	☐	☑	☐	☑
Melanosis - Nevus	☐	☑	☐	☑
Otros	☐	☑	☐	☑

Estado Motor

Cover Test Vision Lejana **Orto**

Cover Test Vision Proxima a 40 Cms **Orto**

Punto Proximo de Convergencia

	OD		OI	
	Normal	Anormal	Normal	Anormal
Estereopsis	☑	☐	☑	☐
Vision Cromatica	☑	☐	☑	☐
Campo Visual	☑	☐	☑	☐
Oftalmoscopia	☑	☐	☑	☐

Retinoscopia

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza Visual
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				
Adicion de Lente				

Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza Visual
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				
Adicion de Lente				

RX Final

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza Visual de Lejos	Agudeza Visual Proxima	Ambos Ojos	Distancia Naso Pupilar
Ojo Derecho							
Ojo Izquierdo							
Adicion de Lente							

Forma de Uso: Tipo de Lente:

Diagnosticos

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Emetropia	☐	☐
Miopia	☐	☐
Hipermetropia	☐	☐
Astigmatismo	☐	☐
Presbicia	☑	☑
Ambliopia	☐	☐
Problema de Motilidad	☐	☐
Insuficiencia de Convergencia	☐	☐

Interpretacion

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Problema de Refraccion No Corregido	☐	☐
Problema de Refraccion Adecuadamente Corregido	☑	☑
Problema de Refraccion Inadecuadamente Corregido	☐	☐
No Requiere Correccion	☐	☐

Recomendaciones

☐ Uso de Correccion Optica Permanente ☐ Uso de Correccion Optica Para Vision Lejana

- [x] Uso de Correccion Optica para Vision Proxima
- [ ] Realizar Pausas Activas Visuales
- [x] Uso de Lubricante Ocular
- [x] Control Anual por Optometria
- [ ] Uso de Correccion Optica de Descanso
- [ ] Uso de Elementos de Proteccion Personal
- [x] Uso de Proteccion Solar

Observaciones

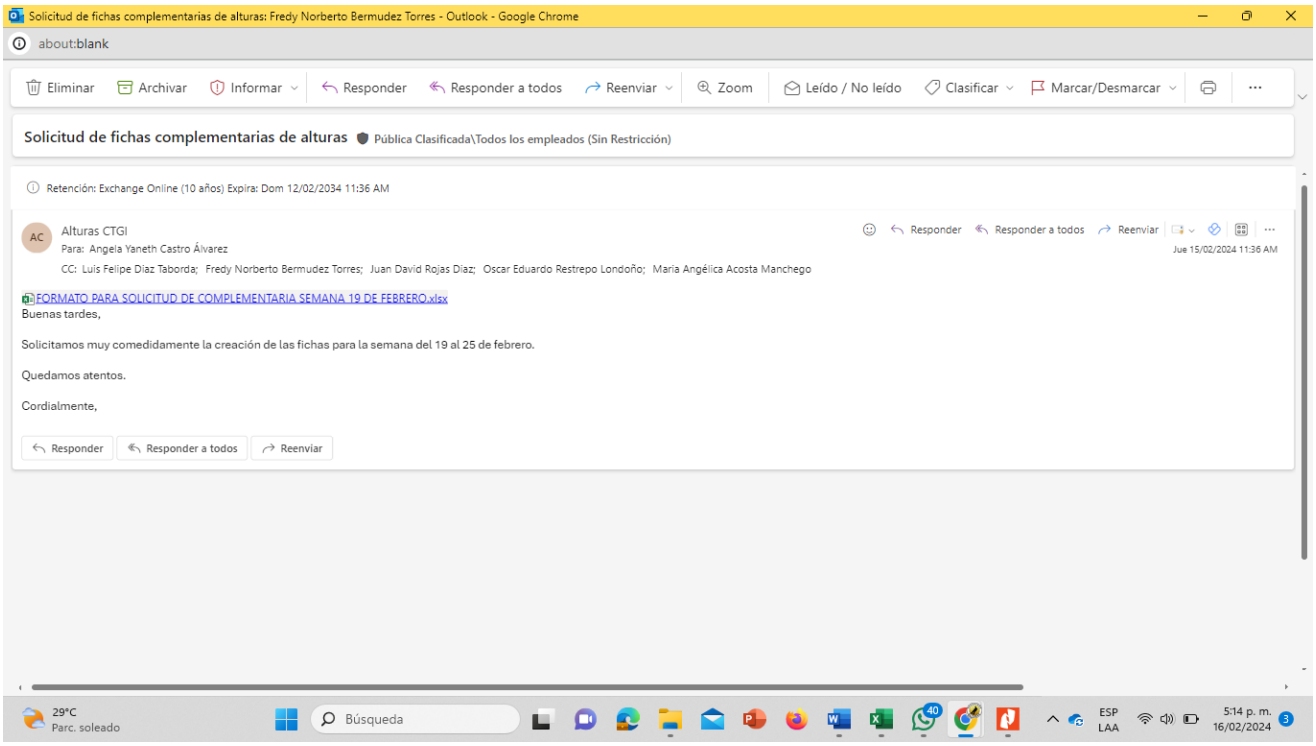
Diagnosticos

DX PPAL: **H524 Presbicia**
DX SEC:
DX TER:

NESTOR JULIO LEGUIZAMON TRIANA
OPTOMETRIA
Lic. de S.O #: 1046
Registro #: RM 0151/2002

FREDY NORBERTO BERMUDEZ TORRES
CC 71698625

EVIDENCIAS


Solicitud de fichas complementarias de alturas: Fredy Norberto Bermudez Torres - Outlook - Google Chrome
about:blank
Eliminar
Archivar
Informar
Responder
Responder a todos
Reenviar
Zoom
Leído / No leído
Clasificar
Marcar/Desmarcar
Solicitud de fichas complementarias de alturas
Pública Clasificada\Todos los empleados (Sin Restricción)
Retención: Exchange Online (10 años) Expira: Dom 12/02/2034 11:36 AM
AC
Alturas CTGI
Para: Angela Yaneth Castro Álvarez
CC: Luis Felipe Diaz Taborda; Fredy Norberto Bermudez Torres; Juan David Rojas Diaz; Oscar Eduardo Restrepo Londoño; María Angélica Acosta Manchego
Jue 15/02/2024 11:36 AM
FORMATO PARA SOLICITUD DE COMPLEMENTARIA SEMANA 19 DE FEBRERO.xlsx
Buenas tardes,
Solicitamos muy comedidamente la creación de las fichas para la semana del 19 al 25 de febrero.
Quedamos atentos.
Cordialmente,
Responder
Responder a todos
Reenviar
29°C
Parc. soleado
Búsqueda
ESP
LAA
5:14 p. m.
16/02/2024

COMPLEMENTARIAS 2024LINEA TIC´S ALTURAS														
N°	**HORAS DEL PROGRAMA**	**CÓDIGO DEL PROGRAMA**	**NÚMERO APRENDICES**	**DÍAS**	**HORARIO (ESPECIFICAR)**	**NOMBRE DEL PROGRAMA**	**# FICHA**	**CÓDIGO EMPRESA**	**INSTRUCTOR RESPONSABLE**	**FICHA TITULADA**	**OBSERVACIÓN**	**FECHA CREACIÓN**	**FECHA INICIO**	**FECHA FINAL**
1	32	22620489	15	Lunes 19/02/2024 a Jueves 22/02/2024	6 am - 2 pm	Trabajador Autorizado en Trabajo en Alturas	NO DILIGENCIAR	NO DILIGENCIAR	Maria Angelica Acosta	Externos		NO DILIGENCIAR	19/02/2024	22/02/2024
2	8	22620496	30	Viernes 23/02/2024	6 am - 2 pm	Jefe de Area	NO DILIGENCIAR	NO DILIGENCIAR	Maria Angelica Acosta	Externos		NO DILIGENCIAR	23/02/2024	23/02/2024
N°	**HORAS DEL PROGRAMA**	**CÓDIGO DEL PROGRAMA**	**NÚMERO APRENDICES**	**DÍAS**	**HORARIO (ESPECIFICAR)**	**NOMBRE DEL PROGRAMA**	**# FICHA**	**CÓDIGO EMPRESA**	**INSTRUCTOR RESPONSABLE**	**FICHA TITULADA**	**OBSERVACIÓN**	**FECHA CREACIÓN**	**FECHA INICIO**	**FECHA FINAL**
3	32	22620489	15	Miercoles 21/02/2024 a Sabado 24/02/2024	7 am - 3 pm	Trabajador Autorizado en Trabajo en Alturas	NO DILIGENCIAR	NO DILIGENCIAR	Juan David Rojas	Externos		NO DILIGENCIAR	21/02/2024	24/02/2024
4	8	22620496	30	Domingo 25/02/2024	7 am - 3 pm	Jefe de Area	NO DILIGENCIAR	NO DILIGENCIAR	Juan David Rojas	Externos		NO DILIGENCIAR	25/02/2024	25/02/2024
N°	**HORAS DEL PROGRAMA**	**CÓDIGO DEL PROGRAMA**	**NÚMERO APRENDICES**	**DÍAS**	**HORARIO (ESPECIFICAR)**	**NOMBRE DEL PROGRAMA**	**# FICHA**	**CÓDIGO EMPRESA**	**INSTRUCTOR RESPONSABLE**	**FICHA TITULADA**	**OBSERVACIÓN**	**FECHA CREACIÓN**	**FECHA INICIO**	**FECHA FINAL**
5	32	22620489	15	Miercoles 21/02/2024 a Sabado 24/02/2024	7 am - 3 pm	Trabajador Autorizado en Trabajo en Alturas	NO DILIGENCIAR	NO DILIGENCIAR	Oscar Eduardo Restrepo	Externos		NO DILIGENCIAR	21/02/2024	24/02/2024
6	8	22620496	30	Domingo 25/02/2024	7 am - 3 pm	Jefe de Area	NO DILIGENCIAR	NO DILIGENCIAR	Oscar Eduardo Restrepo	Externos		NO DILIGENCIAR	25/02/2024	25/02/2024
N°	**HORAS DEL PROGRAMA**	**CÓDIGO DEL PROGRAMA**	**NÚMERO APRENDICES**	**DÍAS**	**HORARIO (ESPECIFICAR)**	**NOMBRE DEL PROGRAMA**	**# FICHA**	**CÓDIGO EMPRESA**	**INSTRUCTOR RESPONSABLE**	**FICHA TITULADA**	**OBSERVACIÓN**	**FECHA CREACIÓN**	**FECHA INICIO**	**FECHA FINAL**
7	16	22620491	15	Miercoles 21/02/2024 a Jueves 22/0/2024	6 am - 2 pm	Reentrenamiento del Trabajador Autorizado	NO DILIGENCIAR	NO DILIGENCIAR	Fredy Bermudez	Externos		NO DILIGENCIAR	21/02/2024	22/02/2024







