OPTIMUS
-Soluciones Ocupacionales-
NIT - 71633161-2
www.optimusso.com gerencia@optimusso.com 301 770 5891 - 310 456 2424



N° 25.388

30	8	2024

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL DE CONTROL O PERIODICO

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuario: VIAS DE ORIENTE S.A.S
Actividad Económica: MANTENIMIENTO DE VIAS
Lugar del Exámen Ocupacional: RIONEGRO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Fecha de Ingreso: 30/08/2024 11:41 AM **Fecha de Egreso:** 03/09/2024 10:50 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: BOTERO URREA JAIME IVAN

Tipo de Identificación: CC **Número de Identificación:** 15355077
Género: MASCULINO **Edad:** 46 AÑOS 4 MESES 14 DÍAS
Fecha de Nacimiento: 20/04/1978 **Lugar de Nacimiento:** LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Escolaridad: SECUNDARIA **Estado Civil:** CASADO(A)
Dirección Actual y Municipio Donde Habita: CALLE 7A #8-33 LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Teléfono: 3108239625
EPS: SURA **ARL:** COLMENA **AFP:** COLPENSIONES

OCUPACIÓN: OBRERO, MANTENIMIENTO DE VIAS

EXÁMENES REALIZADOS

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

AUDIOMETRÍA TAMIZ,VISIOMETRIA,CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL DE CONTROL PERIODICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular A **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES/OCUPACIONALES	TIPO	RECOMENDACIONES
LIMITAR TRABAJO EN ALTURAS NO MAYOR DE 3 MTS ; LIMITAR MANEJO DE CARGA NO MAYOR DE DE 10 KG .	TEMPORAL	1.- CUMPLIR LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL; 2.- USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL; 3.-REALIZAR GIMNASIA ACTIVA Y ADQUIRIR HÁBITOS DE BUENA POSTURA; 4.-USAR PROTECCIÓN AUDITIVA EN RUIDOS POR ENCIMA DE 80 DB. ; 5.-USAR PROTECCIÓN RESPIRATORIA EN ÁREAS DE GASES, VAPORES O MATERIAL ARTICULADO; 6.-CONOCA LOS SIGNOS DE ALARMA Y RUTAS DE EVACUACIÓN; 7.- INFORME AL SUPERIOR INMEDIATO TODO EVENTO EN SALUD; 8.-INGRESE AL SVE ERGONOMICO DE LA EMPRESA; 9.- MANTENGA EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO , ACTUALIZADO Y ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGODE ACUERDO A SU ACTIVIDAD LABORAL Y EXTRALABORAL , ADJUNTE COPIA DE SU CARNET DE VACUNACION A LA HOJA DE VIDA . 10.- MANTENER HABITOS SALUDABLES Y DIETA BALANCEADA
LIMITAR SUBIR ESCALAS CON CARGA QUE INVOLUCRE TRAYECTOS LARGOS Y MUY PENDIENTES	TEMPORAL	.

1.- LIMITAR ACTIVIDADES DE SUSPENCION QUE INVOLUCRE MOVIMIENTOS DE PRESION SOBRE LA COLUMNA VERTEBRAL ; 2.- LIMITAR ACTIVIDADES CONTINUAS, MOVIMIENTOS BRUSCOS DONDE EL TRONCO SE DIRIJA HACIA ADELANTE , ATRAS Y LATERALES ; 3.- EVITAR MANEJO DE INSTRUMENTOS O EQUIPOS QUE OCASIONES VIBRACION INTENSA	TEMPORAL	SE SUGIERE VALORACION POR OPTOMETRA CADA AÑO EN SU EPS, CONTINUAR EL USO DE LENTES CORRECTIVOS.
LIMITAR SUBIR O BAJAR ESCALAS , TERRENO IRREGULAR MUY PENDIENTES . SI ES NECESARIO SUBIR O BAJAR POR PENDIENTES IRREGULARES LO DEBE REALIZAR EN ZIG -ZAG , LENTO Y CON PISADA SEGURA.	TEMPORAL	PRESENTO EVENTO EN LA EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA, SIN RESTRICCIONES EN EL MOMENTO.
.	TEMPORAL	AMPLIAR ESTUDIO DE LA PARED ABDOMINAL CON MEDICO EN SU EPS , SE REMITE.
.	TEMPORAL	CONTINUAR CONTROL OSTEOMUSCULAR CON MEDICO EN SU EPS .
.	PERMANENTE	REFIERE ALERGIA A LA METOCLOPRAMIDA .
.	TEMPORAL	ES IMPORTANTE QUE LA EMPRESA REALICE UN SEGUIMIENTO LABORAL CERCANO DURANTE LA VIGENCIA DE LAS RECOMENDACIONES Y RESTRICCIONES. A FIN DE VALIDAR LAS CONDICIONES ACTUALES DURANTE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES LABORALES Y PODER DEFINIR NECESIDADES EN EL PROCESO. EL COLABORADOR DEBE TENER EN CUENTA ESTAS RECOMENDACIONES EN SUS AMBIENTES LABORALES Y EXTRA LABORALES.
.	TEMPORAL	SE SUGIERE QUE LUEGO DE CADA VALORCION POR MEDICO EN LA EPS SE REMITA COPIA DE LA HISTORIA CLINICA AL MEDICO OCUPACIONAL PARA CONOCER CONCEPTO Y ACTULIZAR RECOEMENDACIONES Y RESTRICCIONES.

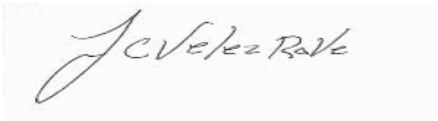
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1.-EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: MENTALMENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA; ENFASIS EN PRUEBAS NEUROLOGICAS DE COORDINACION ESTATICAS Y DINAMICAS, NORMALES; ENFASIS EN VALORACION OSTEOMUSCULAR: COLUMNA VERTEBRAL,TRONCO (EVENTO Y RESTRICCIONES) Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, NORMALES.SIN EVENTOS DERMATOLOGICOS.
2.- SE REALIZA VALORACIÓN POR VISIOMETRIA: AGUDEZA VISUAL , ALTERADA Y RECONOCIMIENTO DE COLORES NORMAL.
4.-SE REALIZA AUDIOMETRIA: NORMAL.

SE REALIZA ATENCION POR EL EQUIPO SANITARIO CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

Consentimiento informado: Bajo gravedad de juramento afirmo que contestado preguntas sin omitir información y son verídicas y verificables sobre mi historia de salud. Asisto voluntariamente, he sido informado (a), acepto, conozco, comprendo la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias diagnosticas realizadas .Para una atención integral y verificable se aporte a la historia clínica electrónica mi foto, huella y firma, se guarde de manera electrónica garantizando reserva y confidencialidad, entregando solo al empleador el Certificado Médico de mi Aptitud física y mental cuando esta última se requiera. El objetivo es establecer mi actual estado de salud y la aptitud para la posible actividad laboral en la empresa Autorizo para que informe al médico de salud ocupacional o laboral de la Empresa sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última copia de la evaluación médica ocupacional (Res. 2346/07 y Res. 1918/09 del Min. de la Protección Social). Acepto recomendaciones y restricciones sobre mi salud y puesto de trabajo para cumplir mi labor.

Médico



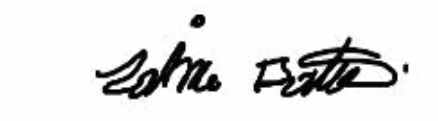
Firma:

Nombre: VELEZ RAVE JUAN CARLOS

R. M.: 5-1003-97 **L.S.O.:** 123526-15

Código de Seguridad
X44D1J25388

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: BOTERO URREA JAIME IVAN

CC: 15355077