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



N° 25.416

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: A UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Fecha de Ingreso: 30/08/2024 02:25 PM **Fecha de Egreso:** 03/09/2024 11:29 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: OSORIO BUITRAGO LUIS JOSE

Tipo de Identificación: CC **Número de Identificación:** 15353423
Género: MASCULINO **Edad:** 54 AÑOS 4 MESES 29 DÍAS
Fecha de Nacimiento: 05/04/1970 **Lugar de Nacimiento:** LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Escolaridad: SECUNDARIA **Estado Civil:** CASADO(A)
Dirección Actual y Municipio Donde Habita: CALLE 7B #8-21 LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Teléfono: 3138437545
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

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA 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
.	PERMANENTE	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.- EL LEVANTAMIENTO DE CARGAS MÁXIMA 50 KG Y TRANSPORTE DE CARGA EN TERRENO LLANO 25 KG. SI REQUIERE MANEJO DE MAS PESO HACER USO DE EQUIPOS MECANICO-ELECTRICOS O AYUDANTIA HUMANA; 6.-USAR PROTECCIÓN RESPIRATORIA EN ÁREAS DE GASES, VAPORES O MATERIAL ARTICULADO; 7.-CONOCA LOS SIGNOS DE ALARMA Y RUTAS DE EVACUACIÓN; 8.- INFORME AL SUPERIOR INMEDIATO TODO EVENTO EN SALUD; 9. -INGRESE AL SVE ERGONOMICO DE LA EMPRESA; 10. - 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 . 11.- MANTENER HABITOS SALUDABLES Y DIETA BALANCEADA

.	PERMANENTE	PACIENTE MANIFIESTA PRESENCIA DE OSTEOSINTESIS EN CARA, EVITAR MOVIMIENTOS VIBRATORIOS Y TEMPERATURAS EXTREMAS.
.	PERMANENTE	REFIERE ALERGIA A LA PENICILINA

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 Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, NORMALES.SIN EVENTOS DERMATOLOGICOS.
2.- SE REALIZA VALORACIÓN POR VISIOMETRIA: AGUDEZA VISUAL, NORMAL Y RECONOCIMIENTO DE COLORES NORMAL.
3.-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:

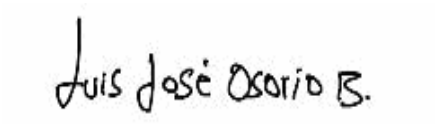
Nombre: VELEZ RAVE JUAN CARLOS

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

Código de Seguridad

G44M1S25416

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: OSORIO BUITRAGO LUIS JOSE

CC: 15353423