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



N° 25.408

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 12:38 PM **Fecha de Egreso:** 02/09/2024 01:44 PM

NOMBRE DEL PACIENTE: QUIRAMA PEREZ HECTOR ALFONSO

Tipo de Identificación: CC **Número de Identificación:** 15351335
Género: MASCULINO **Edad:** 65 AÑOS 0 MESES 25 DÍAS
Fecha de Nacimiento: 09/08/1959 **Lugar de Nacimiento:** LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Escolaridad: PRIMARIA **Estado Civil:** CASADO(A)
Dirección Actual y Municipio Donde Habita: CALLE 4B #10-11 LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Teléfono: 3113605419
EPS: SURA **ARL:** COLMENA **AFP:** PROTECCION

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 EL LEVANTAR Y TRANSPORTAR DE FORMA MANUAL MAS DE 10 KG,MOVIMIENTOS DE FLEXION,EXPENSION Y ROTACION DE MANERA REPETITIVA O SOSTENIDA A LA COLUMNA LUMBAR; EL USO DE HERRAMIENTAS QUE GENEREN ALTO IMPACTO O VIBRACION DE CUERPO ENTERO; MARCHAS PROLONGADAS O SUBIR Y BAJAR ESCALERAS, PENDIENTES REPETITIVAMENTE ; LEER O VER TELEVISION ACOSTADO ; ADQUIRIR POSICIONES INCOMODAS Y CONTINUAS.	PERMANENTE	1.-ACATAR NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL; 2. -CONOCER, USO ADECUADO Y OPORTUNO SIEMPRE DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. ; 3. -REALIZAR GIMNASIA ACTIVA Y PRACTICAR SIEMPRE HÁBITOS DE BUENA POSTURA ; 4.-USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES DE RUIDO POR ENCIMA DE 80 DB. ; 5.-LEVANTAMIENTO DE CARGAS MÁXIMA 10 KG Y TRANSPORTE DE CARGA EN TERRENO LLANO 10 KG. SI SE REQUIERE MANEJO DE MAS PESO HACER USO DE EQUIPOS MECANICO-ELECTRICOS O AYUDANTIA HUMANA; 6. -USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA EN ÁREAS DE GASES, VAPORES O MATERIAL ARTICULADO; 7. -CONOCER LOS SIGNOS DE ALARMA Y RUTAS DE EVACUACIÓN ; 8.- INFORMAR AL SUPERIOR INMEDIATO TODO EVENTO EN SALUD ; 9.-INGRESAR AL SVE ERGONOMICO DE LA EMPRESA.
.	PERMANENTE	SE SUGIERE VALORACION POR OPTOMETRA CADA AÑO EN SU EPS, CONTINUAR EL USO DE LENTES CORRECTIVOS.

LIMITAR MANEJO DE CARGA EN HOMBROS Y ESPALDA; LIMITAR MOVIMIENTOS DE CABEZA Y CUELLO BRUSCOS .	PERMANENTE	CONTINUAR CONTROL OSTEOMUSCULAR CON MÉDICO EN SU EPS .
.	PERMANENTE	CONTINUAR CONTROL DE SU PRESION ARTERIA, GLICEMIA Y LIPIDOS EN SANGRE CON MEDICO DE SU EPS.
.	PERMANENTE	CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR LA EDAD DEL TRABAJADOR: CON POSIBLES EVIDENCIA DE PATOLOGÍA ACTUAL Y SIN LIMITACIÓN FUNCIONALFISICA EN EL MOMENTO QUE PUDIERA AFECTAR EL DESEMPEÑO DE SU OCUPACIÓN ACTUAL, TENER EN CUENTA QUE ES UN ADULTO MAYOR, CON UNA POSIBLE MERMA GLOBAL DE SU CAPACIDAD DE TRABAJO ASOCIADA A SU EDAD, SE DEBE VERIFICAR, EN EL MOMENTO DE SU TRABAJO, QUE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR NO EXCEDAN SUS CAPACIDADES FÍSICAS Y MENTALES.
.	PERMANENTE	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.

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 ,ALTERADAS ; ENFASIS EN VALORACION OSTEOMUSCULAR: COLUMNA VERTEBRAL Y TRONCO (EVENTO Y RESTRICCIONES) ; EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, NORMALES. SIN EVENTOS DERMATOLOGICOS.
2.- SE REALIZA VALORACIÓN POR VISIOMETRIA: AGUDEZA VISUAL , ALTERADO Y RECONOCIMIENTO DE COLORES NORMAL.
3.-SE REALIZA AUDIOMETRIA: NORMAL.

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
O44U1A25408

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: QUIRAMA PEREZ HECTOR ALFONSO

CC: 15351335