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



N° 25.413

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 01:33 PM **Fecha de Egreso:** 03/09/2024 11:23 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: TORO QUINTERO CARLOS ARTURO

Tipo de Identificación: CC **Número de Identificación:** 70382672
Género: MASCULINO **Edad:** 58 AÑOS 6 MESES 1 DÍAS
Fecha de Nacimiento: 03/03/1966 **Lugar de Nacimiento:** COCORNÁ (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Escolaridad: PRIMARIA **Estado Civil:** CASADO(A)
Dirección Actual y Municipio Donde Habita: CARRERA 5A #11B-08 LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Teléfono: 3117271104
EPS: NUEVA **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 CAMINAR POR TERRENOS IRREGULARES , PENDIENTES ; LIMITAR MANEJO DE CARGA NO MAYOR DE 10 KG	PERMANENTE	1.-CONOZCA Y CUMPLA LAS NORMAS DE SALUD OCUPACIONAL; 2.-CONOZCA Y USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL; 3.-REALIZE GIMNASIA ACTIVA Y PRACTIQUE HÁBITOS DE BUENA POSTURA ; 4.-USE PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES DE RUIDO POR ENCIMA DE 80 DB. ; 5.- EL LEVANTAMIENTO DE CARGAS MÁXIMA 10 KG Y TRANSPORTE DE CARGA EN TERRENO LLANO10 KG. SI REQUIERE MANEJO DE MAS PESO HACER USO DE EQUIPOS MECANICO-ELECTRICOS O AYUDANTIA HUMANA; 6.-USE 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.
.	PERMANENTE	SE SUGIERE VALORACION POR OPTOMETRA CADA AÑO EN SU EPS, CONTINUAR EL USO DE LENTES CORRECTIVOS.

.	PERMANENTE	PACIENTE MANIFIESTA PRESENCIA DE OSTEOSINTESIS EN EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA , EVITAR MOVIMIENTOS VIBRATORIOS Y TEMPERATURAS EXTREMAS.
.	PERMANENTE	CONTINUAR CONTROL MEDICO DE SU PRESION ARTERIAL, GLICEMIA, LIPIDOS EN SANGRE
.	PERMANENTE	SE SUGIERE CONTINUAR CONTROL OSTEOMUSCULAR CON MEDICO EN SU EPS , USO ADECUADO DE CALZADO ANTIDESLIZANTE , COMODO Y SEGURO.
.	TEMPORAL	SE SUGIERE BAJAR DE PESO CORPORAL.

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 VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR: COLUMNA VERTEBRAL,TRONCO Y EXTREMIDADES SUPERIORES, NORMAL; INFERIORES (IZQUIERDA: EVENTO Y RESTRICCIÓN) , DERECHA: NORMAL. SIN EVENTOS DERMATOLÓGICOS.
2.- SE REALIZA VALORACIÓN POR VISIOMETRIA: AGUDEZA VISUAL, ALTERADO Y RECONOCIMIENTO DE COLORES NORMAL.
4.-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:

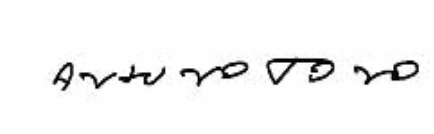
Nombre: VELEZ RAVE JUAN CARLOS

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

Código de Seguridad

A44G1M25413

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: TORO QUINTERO CARLOS ARTURO

CC: 70382672