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



N° 25.389

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: MARINILLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Fecha de Ingreso: 30/08/2024 01:40 PM **Fecha de Egreso:** 02/09/2024 11:52 AM

NOMBRE DEL PACIENTE: VALLEJO TABARES DIEGO FERNANDO

Tipo de Identificación: CC **Número de Identificación:** 15352575
Género: MASCULINO **Edad:** 57 AÑOS 11 MESES 6 DÍAS
Fecha de Nacimiento: 27/09/1966 **Lugar de Nacimiento:** LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Escolaridad: SECUNDARIA **Estado Civil:** CASADO(A)
Dirección Actual y Municipio Donde Habita: CARRERA 12A #13B-10 LA UNIÓN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)
Teléfono: 3164243505
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 MANEJO DE CARGA NO MAYOR DE 15 KG CONTINUO : EL MANEJO DE LA CARGA NO DEBE REALIZARLA EN LOS HOMBROS O ESPALDA. AL REALIZAR LA CARGA LA DEBE TOMAR A NIVEL DE LA CINTURA Y HACER USO DE AMBAS EXTREMIDADES SUPERIORES EN TRAYECTOS IRRECULARES O PLANOS PERO A UNA DISTANCIA NO MAYOR DE 30 MTS	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 60 DB. ; 5.- EL LEVANTAMIENTO DE CARGAS MÁXIMA 15 KG Y TRANSPORTE DE CARGA EN TERRENO LLANO 15 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

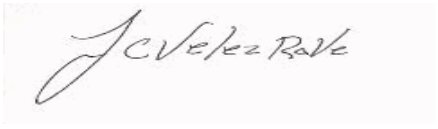
.	PERMANENTE	SE SUGIERE VALORACION POR OPTOMETRA CADA AÑO EN SU EPS, CONTINUAR EL USO DE LENTES CORRECTIVOS.
LIMITAR ACTIVIDADES LABORALES Y EXTRALABORALES QUE IMPLIQUE EXPOSICION A RUIDOS INTENSOS Y CONTINUOS	TEMPORAL	USO OBLIGATORIO DE DOBLE PROTECCION AUDITIVA EN AREAS DE RUIDO INTENSO Y CONTINUO
EVITAR ACTIVIDADES LABORALES Y EXTRALABORALES BRUSCAS QUE IMPLIQUE ALTERACIÓN EN EL EQUILIBRIO O POSTURA CORPORAL ,EJEMPLO: SUBIR O BAJAR ESCALAS, ACTIVIDADES SUBTERRÁNEAS, DE ALTURAS, MOVIMIENTOS VIBRATORIOS .	TEMPORAL	CONTINUAR CONTROL DE SU METABOLISMO Y OSTEOMUSCULAR CON MEDICO EN SU EPS . SE SUGIERE VALORACION MEDICA OCUPACIONAL APORTANDO LA HISTORIA CLINICA POSTERIOR A LA ATENCION DE MEDICOS DE CONTROL DE SU EPS .
.	TEMPORAL	ES IMPORTANTE QUE LA EMPRESA REALICE UN SEGUIMIENTO LABORAL CERCANO DURANTE LA VIGENCIA DE LAS RECOMENDACIONES A FIN DE VALIDAR LAS CONDICIONES ACTUALES DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y LA EVOLUCIÓN DEL COLABORADOR DURANTE LABORAL Y PODER DEFINIR NECESIDADES EN EL PROCESO. EL COLABORADOR DEBE TENER EN CUENTA ESTAS RECOMENDACIONES EN SUS AMBIENTES LABORALES Y EXTRA LABORALES. SE SUGIERE QUE POSTERIOR A LA CONCLUCION MEDICA DE SU EPS SE SOLICITE VALORACION MEDICA OCUPACIONAL PARA DETERMINAR ACTIVIDADES 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 ,ALTERADO ; 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 , ALTERADO Y RECONOCIMIENTO DE COLORES NORMAL.
3.-SE REALIZA AUDIOMETRIA: SU CAPACIDAD AUDITIVA ESTÁ DISMINUIDA, PERO PUEDE EXPONERSE A RUIDO, CON EL USO PERMANENTE DE LA PROTECCIÓN ADECUADA Y EL SEGUIMIENTO NECESARIO.

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
A44G1M25389

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VALLEJO TABARES DIEGO FERNANDO

CC: 15352575