



OPTIMUS
-Soluciones Ocupacionales-
NIT - 71633161-2

www.optimusso.com gerencia@optimusso.com 301 770 5891 - 310 456 2424



N° 26.906

19 2 2025

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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: 19/02/2025 08:42 AM

Fecha de Egreso: 19/02/2025 12:24 PM

NOMBRE DEL PACIENTE: LOPEZ PALACIO CARLOS ANDRES

Tipo de Identificación: CC

Número de Identificación: 1040034949

Género: MASCULINO

Edad: 18 AÑOS 3 MESES 17 DÍAS

Fecha de Nacimiento: 04/11/2006

Lugar de Nacimiento: LA CEJA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Escolaridad: SECUNDARIA

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección Actual y Municipio Donde Habita: VEREDA AURES ABEJORRAL (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Teléfono: 3133447268

EPS: NUEVA

ARL: NO POSEE

AFP: NO POSEE

OCUPACIÓN: OBRERO, MANTENIMIENTO DE VIAS

EXÁMENES REALIZADOS

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

CONSULTA MEDICO OCUPACIONAL INGRESO, AUDIOMETRÍA TAMIZ, VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: NO APLICA

NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular A/N/A)

RESTRICCIONES LABORALES/OCUPACIONALES	TIPO	RECOMENDACIONES
	PERMANENTE	1.- CUMPLIR LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ; 2.- USAR LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) ; 3.- SIEMPRE PREVENIR ACCIDENTES ; 4.- REALIZAR PAUTAS ACTIVAS Y ADQUIRIR HÁBITOS DE BUENA POSTURA ; 5.- USAR PROTECCIÓN AUDITIVA EN RUIDOS POR ENCIMA DE 80 DB. ; 6.- EL LEVANTAMIENTO DE CARGAS MÁXIMA 50 KG Y TRANSPORTE DE CARGA EN TERRENO LLANO 25 KG. SI REQUIERE MANEJO DE MAS PESO USAR EQUIPOS MECANICO-ELECTRICOS O AYUDANTIA HUMANA ; 7.- USAR PROTECCIÓN RESPIRATORIA EN ÁREAS DE GASES, VAPORES O MATERIAL ARTICULADO ; 8.- CONOZCA LOS SIGNOS DE ALARMA Y RUTAS DE EVACUACIÓN ; 9.- INFORME AL SUPERIOR INMEDIATO TODO EVENTO EN SALUD ; 10.- INGRESE AL SVE ERGONOMICO DE LA EMPRESA ; 11.- MANTENGA EL ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO , ACTUALIZADO Y ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGO SEGUN ACTIVIDAD LABORAL Y EXTRALABORAL , ADJUNTE COPIA DE SU CARNET DE VACUNACION A LA HOJA DE VIDA ; 12.- MANTENER HABITOS SALUDABLES Y DIETA BALANCEADA.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1.-EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: MENTALMENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA; ENFASIS EN PRUEBAS NEUROLÓGICAS DE COORDINACION ESTATICAS Y DINAMICAS, NORMALES; ENFASIS EN VALORACION OSTEOMUSCULAR: COLUMNA VERTEBRAL, TRONCO Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, NORMALES.SIN EVENTOS DERMATOLÓGICOS.

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

I44O1U26906

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LOPEZ PALACIO CARLOS ANDRES

CC: 1040034949