

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

LICENCIA S.O. No. 002704

## EXAMEN VALORACIÓN MÉDICA LABORAL

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

|  |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
|--|----|---|-----------------|-------------------------|----|--------------------|---------------------------|---------------------|----|----|
| <b>FECHA 16/11/2024 HORA 09:39:27</b>  |    | <b>VILLA DEL ROSARIO - NORTE DE SANTANDER</b>                                       |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>EMPRESA</b> 001890 DISCAPACIDAD - VILLA DEL ROSARIO   |    |  |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>NOMBRE</b> KEYLOR MATHIAS QUIÑONEZ CHAPARRO   |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| CC : 1092019011 <b>DE</b> CUCUTA   |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>CARGO</b> DISCAPACITADO   |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>DIRECCION</b>   |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>TELEFONO</b>  |    | <b>EDAD</b> 5   | <b>GENERO</b> M | <b>RH</b> A+            |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>A.F.P.</b>  |    | <b>A.R.L.</b>   |                 | <b>E.P.S.</b> NUEVA EPS |    |                    |                           |                     |    |    |
| EXAMENES MEDICOS : EXAMEN PSICOFÍSICO COMPLETO, TAMIZAJE VISUAL, SISTEMA CARDIOPULMONAR, PRUEBAS DE COORDINACIÓN, EXPLORACIÓN DIRIGIDA POR MANIOBRAS INDIVIDUALES DE CADA EXTREMIDAD Y DE CADA MÚSCULO (CUELLO, HOMBROS, MUÑECA, MANOS, TRONCO, CADERA, RODILLA, TOBILLO, PIES) PRUEBA PARA TÚNEL DEL CARPO, PRUEBA PARA TENDINITIS, TENOSINOVITIS Y TRASTORNOS DE HOMBRO, PRUEBAS DINÁMICAS DE COLUMNA, EXPLORACIÓN DE ARCOS DE MOVILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS, EXPLORACIÓN DE ALTERACIONES DE PIEL Y VARICES, EXPLORACIÓN DE HERNIAS. |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>AUDIOMETRIA</b>   | NO | <b>EXAMEN DE VOZ</b>  | NO              | <b>OPTOMETRIA</b>       | NO | <b>VISIOMETRIA</b> | NO                        | <b>ESPIROMETRIA</b> | NO |    |
| <b>PSICOLOGIA</b>  | NO | <b>RX TORAX</b>   | NO              | <b>RX COLUMNA</b>       |    | NO                 | <b>ELECTROCARDIOGRAMA</b> |                     |    | NO |
| LABORATORIO :  |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| OTROS EXAMENES :   |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| CONCEPTO DE APTITUD :  |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| RECOMENDACIONES : PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTA TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA; CON TRASTORNO CONVULSIVO TIPO EPILEPSIA, TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO, DEL APRENDIZAJE, Y DE LA CONDUCTA, DISARTRIA, CAMBIOS DEL ESTADO DE ANIMO, CON HIPERACTIVIDAD, DIFICULTAD PARA ADAPTACION, CUMPLE ORDENES SIMPLES PERO NO COMPEJAS, CON ACOMPAÑANTE PERMANENTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES FISIOLÓGICAS Y BÁSICAS COTIDIANAS.   |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>INGRESA AL SVE</b> N/A  |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |
| <b>ENFASIS</b> OSTEOMUSCULAR   |    |   |                 |                         |    |                    |                           |                     |    |    |

Certifico que toda la información suministrada en este documento es verdadera y no oculte información sobre mi estado de salud, enfermedad laboral y/o accidente de trabajo presentados antes de este examen.  
Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.



NO

**ANGELA MARIA BARRIOS ROJAS**  
**MD. ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**REG. MEDICO 3376 LICENCIA S.O. 005238**

**KEYLOR MATHIAS QUIÑONEZ CHAPARRO**  
**CC : 1092019011**

**\*1092019011161120**