

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

TRABAJO EN ALTURAS
Certificado de aptitud: 98489392-158914

Fecha Cierre: 13/09/2017 11:35:34

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 13/09/2017 **Medellín**
Paciente: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ
Género: MASCULINO **Edad:** 52
Fecha Nacimiento: 13/04/1965
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CL 5 N 76 A -145 APT 501
Empresa: CONVEL S.A.S. -

Tipo de Examen: PERIODICO
Identificación: 98489392
Teléfono: 3430624 **Móvil:** 3104698012
Cargo: COORDINADOR DE OBRA
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Escolaridad: UNIVERSITARIO
Peso: 69.5 **Talla:** 168 **IMC:** 25

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | | | | | |
|---------------------------|---|------|-----------|---|--|
| AUDIOMETRIA TAMIZ | ANORMAL | LEVE | BILATERAL | QUE COMPROMETE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES | 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO. INGRESAR EN PVE. |
| ESPIROMETRIAS | NORMAL | | | | REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL. |
| MEDICINA OCUPACIONAL | | | | | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, ACTIVIDAD FISICA, MINIMO 30 MINUTOS MINIMO 4 VECES POR SEMANA. CONTINUAR EL MANEJO DE SUS PATOLOGIAS COMUNES EN LA EPS. DEBE LABORAR CON LENTES DE CORRECCION VISUAL APROPIADOS. EDUCACION EN HIGIENE VISUAL Y PAUSAS ACTIVAS VISUALES. EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR. EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO. HÁBITOS SALUDABLES. REALIZAR EJERCICIOS PARA MEJORAR FLEXIBILIDAD. CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL Y/O SEMESTRAL. CONTROL AUDITIVO ANUAL Y/O SEMESTRAL. EVALUACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA EN LA EPS, SEGUIMIENTO OPTOMETRIA. USO DE LENTES PARA LABORAR. |
| GLUCOSA EN SUERO | NORMAL | | | | |
| COLESTEROL TOTAL | NORMAL | | | | |
| TRIGLICERIDOS | NORMAL | | | | |
| HEMOGRAMA Y SEDIMENTACION | NORMAL | | | | |
| ANEXO ALTURAS | DE ACUERDO A LA RESOLUCION DE TRABAJOS EN ALTURAS 3673/08, NO SE AUTORIZA POR PRESENTAR DEFICIT AUDITIVO LEVE BILATERAL QUE COMPROMETE FRECUENCIAS CONVERSACIONALES Y DALTONISMO, AMBLOPIA OJO DERECHO- | | | | |
| TABLA DE SNELL | AMBLOPIA OJO DERECHO, DALTONICO | | | | |
| EVALUACION OSTEOARTICULAR | NORMAL | | | | |

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR CON RESTRICCIÓN
NO PUEDE DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Observaciones:

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|--|--|------------|
| NO TRABAJOS EN ALTURAS | | N |
| Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción | | |
| VISUAL | - | |
| ERGONÓMICO | - | |
| AUDITIVO | - | |
| RESPIRATORIO | - | |

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS

Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009 del Ministerio de Protección Social reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.'

Johana Marchena



Carlos Munera



JOHANA PATRICIA MARCHENA HERNANDEZ 26054 084525-05
Médico Especialista en Salud Laboral

CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ
Firma y cédula del Paciente

98489392

356

CRA. 44 No. 48-51
(PLAZUELA DE SAN IGNACIO)
CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86
MEDELLIN - COLOMBIA
E-mail: smsi@une.net.co



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - PREEMPLEO

| | | | |
|------------------------------------|----------------|-----------|------------------------|
| FECHA: DIA: 6 | MES: 8 | AÑO: 2013 | Hora Registro: 9:51 AM |
| EMPRESA CONTRATANTE: CONVEL S.A.S. | | | |
| NOMBRE: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ | | | C.C.: 98489392 |
| CARGO: DIRECTOR DE OBRA | EPS: NUEVA EPS | | CIUDAD: Medellín |

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

| EXAMEN | FECHA | INTERPRETACIÓN |
|------------------|----------|---|
| AUDIOMETRIA | 6/8/2013 | LEVE DESCENSO EN 6000 Y 8000 HZ BILATERAL |
| COLESTEROL TOTAL | 6/8/2013 | NORMAL |
| ESPIROMETRIA | 6/8/2013 | NORMAL |
| GLUCEMIA | 6/8/2013 | ALTERADO |
| HEMOLEUCOGRAMA | 6/8/2013 | NORMAL |
| TOXOIDE TETANICO | 6/8/2013 | SE APLICÓ LA PRIMERA DOSIS |
| TRIGLICERIDOS | 6/8/2013 | NORMAL |
| VISIONOMETRIA | 6/8/2013 | VISION ANORMAL |

CONCEPTO VALORACION MEDICA

APLAZADO:

POR MOTIVO DE: GLICEMIA EN AYUNAS ALTERADA (120 Mg/dl)

CONDUCTA:

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- PSICOLABORAL
- ERGONOMICO
- VISUAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES::

- VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
- NO LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS, LUEGO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS

DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION

SI LABORA A LA INTERPERIE (EXPUESTO AL SOL) UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA

ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD

- PROTECCION AUDITIVA ADECUADA, PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICION. EN CASO DE PRESENTAR ALGUN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCION EXTERNA TIPO COPA
- TRABAJO ESTATICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO. INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.
- REALIZAR LOS EXAMENES OCUPACIONALES DE CONTROL PERIODICO SEMESTRAL O ANUALMENTE, SEGUN LAS NECESIDADES DE CADA EMPRESA
AL TERMINAR CONTRATO, REALIZAR EL EXAMEN DE RETIRO. (RESOLUCION 2346 DEL 11 DE JULIO DE 2007 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL)

**OTRAS OBSERVACIONES
EVALUACION POR OPTOMETRA**

PACIENTE CON GLICEMIA EN AYUNAS ALTERADA. SE RECOMIENDA EVALUACION EN LA EPS PARA DESCARTAR PROBLEMAS CON EL MANEJO DE LOS GLUCIDOS. MIENTRAS TANTO NO DEBE TRABAJAR ALTURAS. PODRIA HACERLO UNA VEZ SE DESCARTE QUE TENGA PROBLEMAS CON EL AZUCAR O INICIE TRATAMIENTO, SI ES QUE LO REQUIERE. MIENTRAS TANTO PUEDE TRABAJAR A RAS DE PISO O DENTRO DE LA ESTRUCTURA DE UN EDIFICIO.

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado

Dr. CARLOS MARIO BETANCUR MEJIA

Licencia No. REG: 023616

NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No.

Consentimiento informado:

Autorizo a SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento.

Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria, Certifico que no omito información relevantes que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas, las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s), verídica(s) y puede ser confirmado.

Autorizo para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CRA. 44 No. 48-51 - PLAZUELA DE SAN IGNACIO - CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86 - E-mail: smsi@une.net.co
MEDELLIN - COLOMBIA



CUESTIONARIO DE ALTURAS

| FECHA: DIA: 6 | MES: 8 | AÑO: 2013 | CIUDAD: Medellín |
|---|--------|-----------|---|
| EMPRESA CONTRATANTE: CONVEL S.A.S. | | | |
| NOMBRE: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ | | | C.C.: 98489392 |
| | | | N S - HALLAZGOS |
| Tiene alguna enfermedad documentada por su medico tratante para realizar esta actividad | | | NO |
| Tiene malformaciones que generen limitacion fisica | | | NO |
| Ha sufrido o padece de vértigo(laberintitis, otitis media, sindrome de meniere) | | | NO |
| Ha sufrido o padece de mareos, o desmayos repentinos? | | | NO |
| Consumo sustancias sico-activas? | | | NO |
| Ha sufrido o padece de epilepsia y/o convulsiones? | | | NO |
| Padece alguna fobia? | | | NO |
| Ha tenido alguna enfermedad psiquiatrica? | | | NO |
| Ha sufrido de pánico o ha padecido temor a las alturas o espacios confinados? | | | NO |
| Ha sufrido de Diabetes Mellitus o hipoglucemias? | | | NO |
| Ha sufrido de hipertensión arterial? | | | NO |
| Ha sufrido del corazón? | | | NO |
| Tiene problemas para concentrarse? | | | NO |
| Tiene problemas de obesidad o patologias tiroideas? | | | NO |
| Ha sufrido o sufre de asma? | | | NO |
| Tiene problemas visuales? | | | SI |
| Sufre o ha sufrido de alguna enfermedad neurológica? | | | NO |
| Tiene usted algún tipo de alergia? | | | NO |
| Ha sufrido tumores craneales, malformaciones cerebrales y ECV? | | | NO |
| En la actualidad toma o consume algún medicamento? | | | NO |
| Escriba cuáles consume | | | |
| Ha laborado alguna vez en alturas? | | | SI |
| Dónde? | | | CONVEL S.A. |
| Ha recibido capacitación para trabajo en altura | | | SI |
| Dónde? | | | CONVEL |
| Usted cree que puede laborar en alturas? | | | SI |
| Explique porque | | | PORQUE TIENE EXPERIENCIA Y BUENA SALUD |
| Test de Romberg | | | NEGATIVO |
| Prueba de marcha a ciegas (Babinski - Weil) | | | NEGATIVO |
| Estado mental del trabajador | | | NORMAL |
| Condiciones neurológicas | | | NORMALES - PRUEBA DE VERTIGO NEGATIVA (DIX HALPIKE) |
| Malformaciones o limitaciones físicas | | | NO |
| Hallazgos importantes del examen | | | NO |
| Autorizo al trabajador para laborar en alturas | | | APLAZADO |

CRA. 44 No. 48-51
(PLAZUELA DE SAN IGNACIO)
CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86
MEDELLIN - COLOMBIA
E-mail: smsi@une.net.co

CRA. 44 No. 48-51
 (PLAZUELA DE SAN IGNACIO)
 CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86
 MEDELLIN - COLOMBIA
 E-mail: smsi@une.net.co



AUDIOMETRIA TAMIZ

EXAMEN DE: PERIODICA

| DIA | MES | AÑO | HORA |
|-----|-----|------|---------|
| 6 | 8 | 2013 | 7:58 AM |

NOMBRE: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ DOCUMENTO: 98489392

FECHA DE NACIMIENTO: 13/4/1965 DIRECCION: CLL 5 N 76 A 145

TEL: 3430624-3104608012 OFICIO: DIRECTOR DE OBRA

EMPRESA: CONVEL S.A.S.

REPOSO AUDITIVO : SI EQUIPO : BELL INVENTIS CALIBRACION : 18-07-2013

HISTORIA OCUPACIONAL

| EMPRESA | OFICIO | TIEMPO | EXPUESTO A RUIDO | PROTECCION AUDITIVA |
|----------------|--------------------|----------|------------------|---------------------|
| .CONVEL S.A.S. | .DIRECTOR DE OBRA | .21 AÑOS | SI | SI |
| .PROPLACO LTDA | .RESIDENTE DE OBRA | .6 MESES | SI | SI |
| .PROINSA | .RESIDENTE DE OBRA | .6 MESES | SI | SI |

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:

| | | |
|--|----|---|
| EXPLOSIONES CERCA | NO | |
| SERVICIO MILITAR | NO | |
| HABITOS RUIDOSOS | SI | MOTO-DISCOTECAS Y AUDIFONOS OCASIONALES |
| PATOLOGIAS OTICAS | NO | |
| TRAUMAS DEL OIDO | NO | EXPLIQUE: |
| OYE MEJOR POR UN OIDO QUE POR EL OTRO? | NO | POR CUAL?: |
| PADRES O HERMANOS SORDOS | NO | |
| AUDIOMETRIAS ANTERIORES | SI | CUANDO?: 27-8-2009 |
| DROGAS OTOTOXICAS | NO | |
| CIRUGIAS ORL | NO | CUALES: |

ANTECEDENTES PERSONALES:

| | N S | | N S | | N S | | N S |
|-----------------|-------|----------------|-------|----------------------|-------|---------------------|-------|
| 1. HTA | N | 5. SARAMPION | S | 8. SIFILIS | N | 11. VARICELA | S |
| 2. TUBERCULOSIS | N | 6. RUBEOLA | N | 9. TRAUMA DE CRANEO | N | 12. HIPOTIROIDISMO | N |
| 3. DIABETES | N | 7. PAROTIDITIS | N | 10. PARALISIS FACIAL | N | 13. HIPERTIROIDISMO | N |
| 4. MENINGITIS | N | | | | | | |

AMPLIACION DE HALLAZGOS:

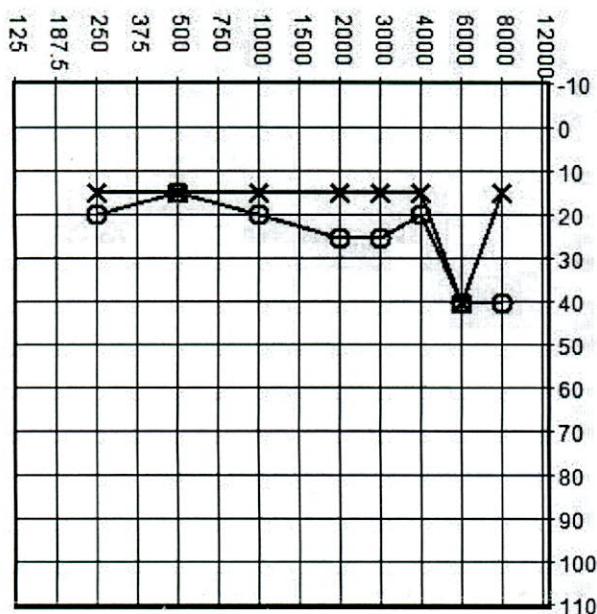
NO REQUIERE

OTOSCOPIA: OD: NORMAL OI: NORMAL

OBSERVACIONES:

NO REQUIERE

AUDIOGRAMA



| | O.D. | O.I. |
|-----------|------|------|
| VIA AEREA | ○ | X |
| VIA OSEA | < | > |

| PRESBIACUSIA | ELI | | SAL |
|--------------|------|------|-----|
| | O.D. | O.I. | |
| 18 | A | A | B |

| LARSEN | O.D. | O.I. |
|--------|------|------|
| N | N | |

| AEREA | O.D. | 250 | 500 | 1.000 | 2.000 | 3.000 | 4.000 | 6.000 | 8.000 |
|-------|------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| O.I. | | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 40 | 15 |

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO:

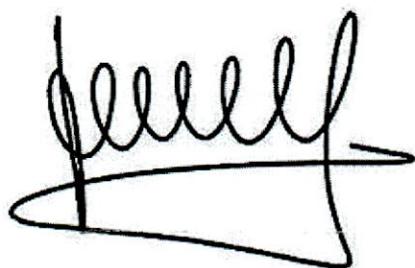
OIDO DERECHO TONOS GRAVES Y MEDIOS NORMALES, DEFICIENCIA LEVE EN 6-8 KHZ
PTA O.D(5123): 21.25

OIDO DERECHO TONOS GRAVES Y MEDIOS NORMALES, DEFICIENCIA LEVE EN 6 KHZ CON RECUPERACIONEN 8 KHZ
PTA O.I.(5123): 15

UMBRALES ESTABLES RESPECTO A PRUEBA ANTERIOR

RECOMENDACIONES:

UTILIZAR TAPON AUDITIVO EN ESPACIOS RUIDOSOS
CONTROL ANUAL



Jorge Mario Ochoa Alzate

Licencia No. REG: 5-0816

NOMBRE Y LICENCIA DEL FONOAUDIOLOGO

Certifico que todo lo registrado en la audiometria es verídico, que no he omitido ninguna información sobre mi salud y puede ser confirmada



FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No. 98489392

CRA. 44 No. 48-51 - PLAZUELA DE SAN IGNACIO - CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86 - E-mail: smsi@une.net.co
MEDELLIN - COLOMBIA

CRA. 44 No. 48-51
(PLAZUELA DE SAN IGNACIO)
CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86
MEDELLIN - COLOMBIA
E-mail: smsl@une.net.co



VISIOMETRIA

NOMBRE: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ

| DIA | MES | AÑO | HORA |
|-----|-----|------|---------|
| 6 | 8 | 2013 | 7:50 AM |

DOCUMENTO: 98489392 ORDEN: 1125571

FECHA DE NACIMIENTO: 13/4/1965 EDAD: 48 OFICIO: DIRECTOR DE OBRA

EMPRESA: CONVEL S.A.S.

USA LENTES : SI ALGUNAS VECES

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS VISUALES:

AGUDEZA VISUAL

LEJANA

CERCANA

SIN LENTES: A.O: 20/22 O.I: 20/22 O.D: 20/100 O.I: 20/40 A.O: 20/20 O.D: 20/20
CON LENTES: A.O: _____ O.I: _____ O.D: _____ O.I: _____ A.O: _____ O.D: _____

DISCRIMINACION DE LOS COLORES : MALA

OBSERVACIONES:

no trajo los lentes

Mayerlin Rpo.

Carlos H. Munera

MAYERLIN DANIELA RESTREPO PENAGOS

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No. 98489392



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO
CARRERA 44 No.48-51

Serial: 220000760

2161144

Nombre: MUNERA VELEZ, CARLOS CC: 98489392 BSA: 1.84 Fecha 06/08/2013
Empresa CONVEL Altura: 169.50 Edad: 48 Tecnico GALLEGOS,
Oficio: INGENIERO CIVIO Peso: 73.00 Sexo: Masculino Raza: Hispano

Pre Test Coment: FUMABA 1 PAQUETE DIA
EXPOSICION POLVO SI USA PROTECCION
EJERCICIO 2 HORAS SEMANAL

Disnea: Tos: Resuello
Producto Cigarrillo Años Fumando: 15.0 Pkte/Dia 1.0 Años sin fumar: 7.0
Medicamentos NO

Post Test Coment

INTERPRETACION

NORMAL

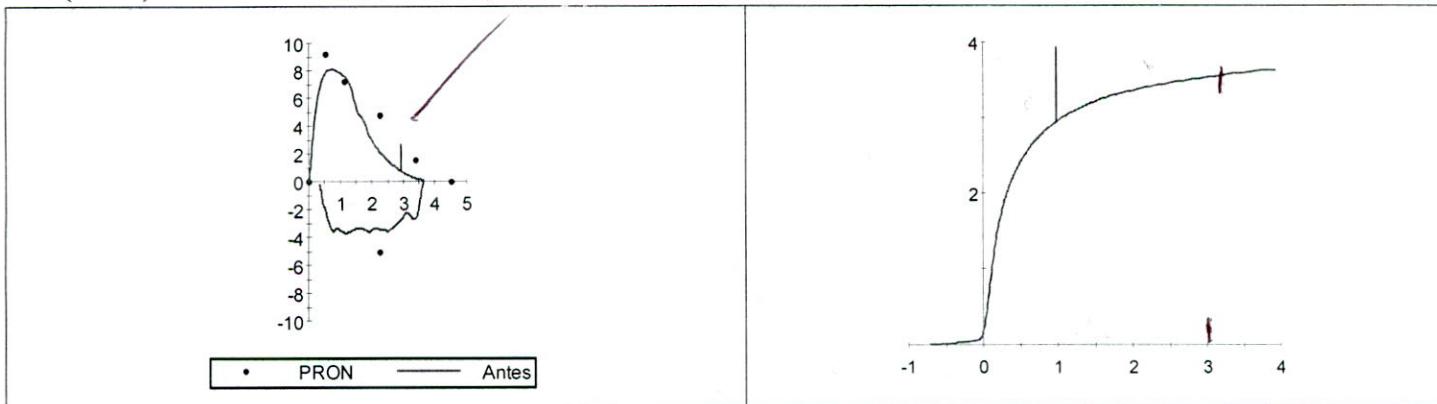
Carlos Mario Betancur M.
Médico U. de A. Reg. #
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia 23616-08

FIRMA MEDICO

FIRMA PACIENTE

ESPIROMETRÍA

| | Pre-Bronch | | | Post-Bronch | |
|--------------------|------------|------|-------|-------------|-------|
| | Real | PRON | %Pron | Real | %Pron |
| FVC (L) | 3,63 | 4,51 | 80 | / | / |
| FEV1 (L) | 2,95 | 3,56 | 83 | / | / |
| FEV1/FVC (%) | 81 | 80 | 102 | / | / |
| FEF 25% (L/sec) | 7,94 | 7,19 | 110 | | |
| FEF 50% (L/sec) | 4,12 | 4,81 | 86 | | |
| FEF 75% (L/sec) | 1,13 | 1,59 | 71 | | |
| FEF Max (L/sec) | 8,04 | 9,18 | 88 | | |
| FIF Max (L/sec) | 3,72 | | | | |
| FEF 25-75% (L/sec) | 2,91 | 3,50 | 83 | | |
| PEF (L/min) | 482,6 | | | | |



CRA. 44 No. 48-51

(PLAZUELA DE SAN IGNACIO)

CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86

MEDELLIN - COLOMBIA

E-mail: smsi@une.net.co



Paciente 98489392 - CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ
Empresa/Sede 890905022-6 - CONVEL S.A.S.
Sexo/Edad Masculino / 48 Años
Teléfono 3430624- 3104608012

Fecha de Impresión 2013-08-06 09:30
Fecha de Registro 2013-8-6
Hora de Registro 9:29 AM
Registro Nro 231397
Orden Nro. 1125571

| Análisis | Resultado | Vlr Refer Inicial | Vlr Refer Final | Unidad |
|----------------------------|-----------|-------------------|-----------------|--------|
| <u>GLUCOSA</u> | | | | |
| RESULTADO | 120 | 70 | 100 | Mg/dl |
| Observaciones: CONFIRMADO. | | | | |
| <u>COLESTEROL TOTAL</u> | | | | |
| RESULTADO | 179 | 70 | 200 | Mg/dl |
| <u>TRIGLICERIDOS</u> | | | | |
| RESULTADO | 101 | 30 | 150 | Mg/dl |

SMSI
SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S.
HERNÁN MARIO BEDOYA
Registrado en la
BANCA TERIOLOGICO

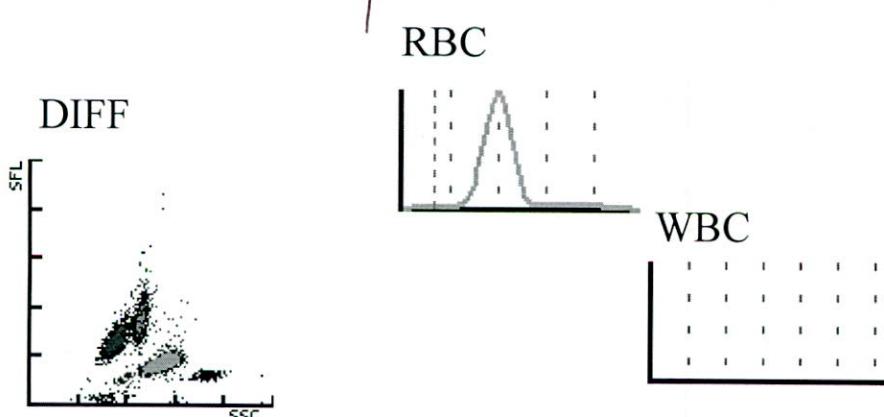
ID.Pac.: 98489392 ID Muestra 5571
 Nomb: CARLOS HECTOR Apellidos MUNERA VELEZ
 Sex: Hombre
 Día del Análisis 06/08/2013 Hora de Análisis 08:55:15



| | | | |
|--------|--------|-------------------------|-----------------|
| WBC | 7.67 ✓ | [10 ³ /uL] | (4.50 - 10.50) |
| NEUT | 66.9 ✓ | [%] | (40.0 - 75.0) |
| LYMPH | 18.1 ✓ | [%] | (10.0 - 48.0) |
| MONO | 10.6 ✓ | [%] | (2.0 - 12.3) |
| EO | 4.0 ✓ | [%] | (0.0 - 7.0) |
| BASO | 0.4 ✓ | [%] | (0.0 - 1.0) |
| NEUT# | 5.13 ✓ | [10 ³ /uL] | (1.80 - 7.70) |
| LYMPH# | 1.39 ✓ | [10 ³ /uL] | (1.00 - 4.80) |
| MONO# | 0.81 ✓ | + [10 ³ /uL] | (0.00 - 0.75) |
| EO# | 0.31 ✓ | [10 ³ /uL] | (0.11 - 0.91) |
| BASO# | 0.03 ✓ | [10 ³ /uL] | (0.00 - 0.20) |

| | | | |
|--------|--------|-----------------------|----------------|
| RBC | 4.76 ✓ | [10 ⁶ /uL] | (4.00 - 6.10) |
| HGB | 15.9 ✓ | [g/dL] | (12.0 - 18.0) |
| HCT | 45.3 ✓ | [%] | (36.0 - 54.0) |
| MCV | 95.2 ✓ | [fL] | (76.0 - 96.0) |
| MCH | 33.4 . | + [pg] | (27.0 - 32.0) |
| MCHC | 35.1 ✓ | [g/dL] | (30.0 - 38.0) |
| RDW-CV | 13.7 ✓ | [%] | (11.0 - 16.0) |
| RDW-SD | 46.2 ✓ | [fL] | (35.0 - 56.0) |
| PLT | 275 ✓ | [10 ³ /uL] | (150 - 450) |
| MPV | 10.3 ✓ | [fL] | (5.1 - 12.0) |

MORFOLOGIA:



SMSI
SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO S.A.S.
Número 06438
HERNAN MAZO BEDOYA
BACTERIOLOGO

BACTERIOLOGO(A):

HERNAN MAZO

FIRMA Y REGISTRO:

CRA. 44 No. 48-51
 (PLAZUELA DE SAN IGNACIO)
 CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86
 MEDELLIN - COLOMBIA
 E-mail: smsi@une.net.co



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - PREEMPLEO

| | | | |
|------------------------------------|----------------|-----------|------------------------|
| FECHA: DIA: 6 | MES: 8 | AÑO: 2013 | Hora Registro: 9:51 AM |
| EMPRESA CONTRATANTE: CONVEL S.A.S. | | | |
| NOMBRE: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ | | | C.C.: 98489392 |
| CARGO: DIRECTOR DE OBRA | EPS: NUEVA EPS | | CIUDAD: Medellín |

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

| EXAMEN | FECHA | INTERPRETACIÓN |
|------------------|-----------|---|
| AUDIOMETRIA | 6/8/2013 | LEVE DESCENSO EN 6000 Y 8000 HZ BILATERAL |
| COLESTEROL TOTAL | 6/8/2013 | NORMAL |
| ESPIROMETRIA | 6/8/2013 | NORMAL |
| GLUCEMIA | 6/8/2013 | ALTERADO |
| HEMOLEUCOGRAMA | 6/8/2013 | NORMAL |
| OTROS | 22/8/2013 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA NORMAL |
| TOXOIDE TETANICO | 6/8/2013 | SE APLICÓ LA PRIMERA DOSIS |
| TRIGLICERIDOS | 6/8/2013 | NORMAL |
| VISIOMETRIA | 6/8/2013 | VISION ANORMAL |

CONCEPTO VALORACION MEDICA

PUEDE REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS:

CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

CONDUCTA:

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- PSICOLABORAL
- ERGONOMICO
- VISUAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES::

- NO LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS, LUEGO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS

DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION

SI LABORA A LA INTERPERIE (EXPUESTO AL SOL) UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA

ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD

- TRABAJO ESTATICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.
- VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
- PROTECCION AUDITIVA ADECUADA, PARA LA MAGNITUD DE LA EXPOSICION. EN CASO DE PRESENTAR ALGUN TIPO DE OTITIS UTILIZAR PROTECCION EXTERNA TIPO COPA
- REALIZAR LOS EXAMENES OCUPACIONALES DE CONTROL PERIODICO SEMESTRAL O ANUALMENTE, SEGUN LAS NECESIDADES DE CADA EMPRESA
AL TERMINAR CONTRATO, REALIZAR EL EXAMEN DE RETIRO. (RESOLUCION 2346 DEL 11 DE JULIO DE 2007 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL)

**OTRAS OBSERVACIONES
EVALUACION POR OPTOMETRA**

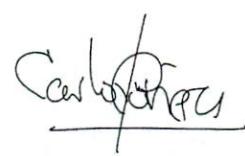
Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado



Dr. CARLOS MARIO BETANCUR MEJIA

Licencia No. REG: 023616

NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL



FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No.

Consentimiento informado:

Autorizo a SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento.

Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria, Certifico que no omito información relevantes que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas, las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s), verídica(s) y puede ser confirmado.

Autorizo para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CRA. 44 No. 48-51 - PLAZUELA DE SAN IGNACIO - CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86 - E-mail: smsi@une.net.co
MEDELLIN - COLOMBIA

CRA. 44 No. 48-51
 (PLAZUELA DE SAN IGNACIO)
 CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86
 MEDELLIN - COLOMBIA
 E-mail: smsi@une.net.co



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - PERIODICA

| | | | |
|------------------------------------|--------|-----------------------------------|---|
| FECHA: DIA: 13 | MES: 5 | AÑO: 2015 | Registro: 7:58 AM Cierre Historia: 10:18 AM |
| EMPRESA: CONVEL S.A.S. | | | |
| NOMBRE: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ | | DOCUMENTO: 98489392 CC | |
| FECHA DE NACIMIENTO: 13/4/1965 | | EDAD: 50 | GENERO: Masculino HIJOS: 2 |
| ESTADO CIVIL: Soltero(a) | | ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIOS | |
| DIRECCION: CLL 5 N 76 A 145 BELEN | | TEL: 3430624-3104698012 | |
| DEPARTAMENTO: Antioquia | | CIUDAD: Medellín | |
| OFICIO: DIRECTOR DE OBRA | | ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCION | |
| EPS: NUEVA EPS | | ARL: ARP SURA | AFP: COLFONDOS |

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

| EXAMEN | FECHA | INTERPRETACIÓN |
|------------------|-----------|--|
| AUDIOMETRIA | 13/5/2015 | DESCENSO DE LEVE A MODERADO DE 6 A 8 KHZ O.D. Y MODERADO EN 6 KHZ O.I. |
| COLESTEROL TOTAL | 13/5/2015 | LEVE ALTERACION |
| ESPIROMETRIA | 13/5/2015 | NORMAL |
| GLUCEMIA | 13/5/2015 | ALTERADO |
| HEMOLEUCOGRAMA | 13/5/2015 | NORMAL |
| TOXOID TETANICO | 13/5/2015 | SE APLICÓ LA PRIMERA DOSIS |
| TRIGLICERIDOS | 13/5/2015 | NORMAL |
| VISIONOMETRIA | 13/5/2015 | VISION ALTERADA |

CONCEPTO VALORACION MEDICA

PUEDE REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS:

CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

CONDUCTA:

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- PSICOLABORAL
- ERGONOMICO
- VISUAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES::

- VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
- TRABAJO ESTÁTICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.
- DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
- MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
- ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

- NO LABORAR EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINADOS, LUEGO DE HABER INGERIDO LICOR, MEDICAMENTOS QUE OCASIONEN SOMNOLENCIA O SUSTANCIAS ALUCINOGENAS

DEBE RECIBIR CAPACITACION, ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACION

SI LABORA A LA INTERPERIE (EXPUESTO AL SOL) UTILIZAR: MONOGAFAS CON FILTRO UV, BLOQUEADOR SOLAR DIARIAMENTE EN CARA Y CUELLO, GORRA

ANTES DE COMENZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENAS POSTURAS Y NO SOBREPASAR EL LÍMITE DE PESOS ESTIPULADOS A LEVANTAR O TRANSPORTAR, UTILIZACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS A NECESIDAD

- REALIZAR LOS EXAMENES OCUPACIONALES DE CONTROL PERIODICO SEMESTRAL O ANUALMENTE, SEGUN LAS NECESIDADES DE CADA EMPRESA
AL TERMINAR CONTRATO, REALIZAR EL EXAMEN DE RETIRO. (RESOLUCION 2346 DEL 11 DE JULIO DE 2007 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL)

OTRAS OBSERVACIONES

EVALUACION POR OPTOMETRA

REPETIR LA GLICEMIA EN AYUNAS

PARA REDUCIR EL COLESTEROL Y LOS TRIGLICERIDOS SE RECOMIENDA:

- * ACTIVIDAD FISICA MINIMO 4 VECES A LA SEMANA, 40 MINUTOS CADA VEZ
- * EVITAR AL MAXIMO EL CONSUMO DE GRASAS DE ORIGEN ANIMAL (CARNE GORDA, MONDONGO, ASADURA, CHICHARRON, CHORIZO, SANCOCHO DE HUESO, ETC.)
- * PREFERIR LAS CARNES BLANCAS (POLLO SIN LA PIEL, PESCADO) A LAS CARNES ROJAS
- * PREFERIR LOS ALIMENTOS ASADOS O COCINADOS A LOS FRITOS
- * USAR ACEITE DE ORIGEN VEGETAL, DE PREFERENCIA DE OLIVA, CANOLA, GIRASOL O MAIZ
- * CONSUMIR MUCHAS FRUTAS Y VERDURAS.
- * NO CONSUMIR MAS DE TRES YEMAS DE HUEVO A LA SEMANA
- * DIETA BAJA EN HARINAS Y DULCES

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado

Dr. CARLOS MARIO BETANCUR MEJIA

Licencia No. 023616REG:7893

NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No.

Consentimiento informado:

Autorizo a SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento.

Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria, Certifico que no omito información relevantes que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas, las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s), verídica(s) y puede ser confirmado.

Autorizo para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CRA. 44 No. 48-51 - PLAZUELA DE SAN IGNACIO - CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86 - E-mail: smsi@une.net.co
MEDELLIN - COLOMBIA



CUESTIONARIO DE ALTURAS

| | |
|---|---|
| FECHA: DIA: 13 MES: 5 AÑO: 2015 | CIUDAD: Medellín |
| EMPRESA CONTRATANTE: CONVEL S.A.S. | |
| NOMBRE: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ C.C.: 98489392 | |
| N S - HALLAZGOS | |
| Tiene alguna enfermedad documentada por su medico tratante para realizar esta actividad | NO |
| Tiene malformaciones que generen limitacion fisica | NO |
| Ha sufrido o padece de vértigo(laberintitis, otitis media, sindrome de meniere) | NO |
| Ha sufrido o padece de mareos, o desmayos repentinos? | NO |
| Consumo sustancias sico-activas? | NO |
| Ha sufrido o padece de epilepsia y/o convulsiones? | NO |
| Padece alguna fobia? | NO |
| Ha tenido alguna enfermedad psiquiatrica? | NO |
| Ha sufrido de pánico o ha padecido temor a las alturas o espacios confinados? | NO |
| Ha sufrido de Diabetes Mellitus o hipoglicemia? | NO |
| Ha sufrido de hipertensión arterial? | NO |
| Ha sufrido del corazón? | NO |
| Tiene problemas para concentrarse? | NO |
| Tiene problemas de obesidad o patologias tiroideas? | NO |
| Ha sufrido o sufre de asma? | NO |
| Tiene problemas visuales? | SI |
| Sufre o ha sufrido de alguna enfermedad neurológica? | NO |
| Tiene usted algún tipo de alergia? | NO |
| Ha sufrido tumores craneales, malformaciones cerebrales y ECV? | NO |
| En la actualidad toma o consume algún medicamento? | NO |
| Escriba cuáles consume | |
| Ha laborado alguna vez en alturas? | SI |
| Dónde? | CONVEL S.A. |
| Ha recibido capacitacion para trabajo en altura | SI |
| Dónde? | NO RECUERDA |
| Usted cree que puede laborar en alturas? | SI |
| Explique porque | PORQUE TIENE EXPERIENCIA Y BUENA SALUD |
| Test de Romberg | NEGATIVO |
| Prueba de marcha a ciegas (Babinski - Weil) | NEGATIVO |
| Estado mental del trabajador | NORMAL |
| Condiciones neurológicas | NORMALES - PRUEBA DE VERTIGO NEGATIVA (DIX HALPIKE) |
| Malformaciones o limitaciones físicas | NINGUNA |
| Hallazgos importantes del examen | AMETROPIA MIXTA NO CORREGIDA - LEVE SOBREPESO |
| Autorizo al trabajador para laborar en alturas | SI |

CRA. 44 No. 48-51
(PLAZUELA DE SAN IGNACIO)
CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86
MEDELLIN - COLOMBIA
E-mail: smsi@une.net.co



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

OK

| | | | |
|------------------------------------|----------------|-----------|--------------------|
| FECHA: DIA: 27 | MES: 8 | AÑO: 2009 | |
| EMPRESA CONTRATANTE: CONVEL S.A | | | EMPRESA EN MISION: |
| NOMBRE: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ | | | C.C.: 98489392 |
| CARGO: DIRECTOR DE OBRA | EPS: NUEVA EPS | | CIUDAD: Medellín |

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

| EXAMEN | FECHA | RESULTADO |
|--------------|-----------|---|
| AUDIOMETRIA | 27/8/2009 | ELI OD: A OI: A SAL: B LARSEN OD:N OI:N |
| ESPIROMETRIA | 27/8/2009 | NORMAL |
| OTROS | 28/8/2009 | COLESTEROL TOTAL 196 MG%: NORMAL |
| OTROS | 28/8/2009 | TRIGLICÉRIDOS 82 MG%: NORMAL |
| GLICEMIA | 28/8/2009 | 83 MG%: NORMAL |

| Agudeza Visual | LEJANA | | CERCANA | | VALORES OBTENIDOS POR MEDIO DE: VISIOMETRIA | |
|----------------|------------|-----------|-----------|-----------|--|-----------|
| | O.D | O.I | A.O | O.D | O.I | |
| SIN LENTES | 20/ 200 | 20/ 40 | 20/ 40 | 20/ 25 | 20/ 20 | 20/ 20 |
| CON LENTES | | | | | | |

CONCEPTO VALORACION MEDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO:

CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

CONDUCTA:

INCLUIR EN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- VISUAL

- ERGONOMICO

DIAGNOSTICO:

H527: TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

TRABAJO ESTATICO: VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ERGONÓMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO.
INDUCCIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.

DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.

MOVIMIENTOS REPETITIVOS: PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.

ADECUADA INDUCCIÓN POR PARTE DEL EMPLEADOR EN LAS NORMAS DE HIGIENE POSTURAL.

UTILIZAR MONOGAFAS AL EXPONERSE A RIESGO MECÁNICO (PROYECCIÓN DE PARTICULAS).
VISIOMETRIA U OPTOMETRIA PERIODICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.

VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.

TIENE TRASTORNO DE REFRACCIÓN, PARA LO CUAL UTILIZA LENTES OCASIONALMENTE
HACER EJERCICIO AERÓBICO POR 5 VECES SEMANAL, AL MENOS 30 MINUTOS, AGREGAR AL FINAL ESTIRAMIENTOS
MUSCULARES.

Certifico que no he omitido información acerca de mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado



Pablo Emilio Vélez Rojo

Licencia No. 11194 REG 3095

NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL

CRA. 44 No. 48-51 - PLAZUELA DE SAN IGNACIO - CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86 - E-mail: smsi@une.net.co
MEDELLIN - COLOMBIA



ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR

| | | | | |
|------------------------------------|--------|--------------------|------------------|--|
| FECHA: DIA: 27 | MES: 8 | AÑO: 2009 | CIUDAD: Medellin | |
| EMPRESA CONTRATANTE: CONVEL S.A | | EMPRESA EN MISION: | | |
| NOMBRE: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ | | | C.C.: 98489392 | |

Examen de Columna Vertebral y Osteomuscular

| | N A | | N A | | N A | | N A |
|-----------------|-------|-------------------------------|-------|------------------------|-------|-----------------------|-------|
| 1. CURVATURAS | N | 6. FLEXION DEL TRONCO | N | 10. ROTACIÓN DERECHA | N | 14. LASEGUE | N |
| 2. DEFORMIDADES | N | 7. EXTENSION DEL TRONCO | N | 11. ROTACIÓN IZQUIERDA | N | 15. MARCHA EN PUNTAS | N |
| 3. ASIMETRIAS | N | 8. INCLINACION LAT. IZQUIERDA | N | 12. TEST DE WELLS | A | 16. MARCHA EN TALONES | N |
| 4. ESPASMOS | N | 9. INCLINACION LAT. DERECHA | N | 13. TEST DE SCHOBER | A | 17. DESPLAZAMIENTO | N |

| | N A | | N A | | N A | | N A |
|-------------------------|-------|---------------------|-------|-----------------|-------|-------------------------|-------|
| 18. ARTICULACIONES | N | 23. FUERZA MUSCULAR | N | 27. DOLOR | N | 31. FINKELSTEIN | N |
| 19. ARCOS DE MOVIMIENTO | N | 24. FLEXIBILIDAD | N | 28. INFLAMACION | N | 32. DEFORMIDADES | N |
| 20. SIMETRIA | N | 25. ROT | N | 29. TINEL | N | 33. PRUEBAS ESPECIFICAS | N |
| 21. TROFISMO | N | 26. CICATRICES | N | 30. PHALEN | N | 34. PATRICK | N |
| 22. TONO MUSCULAR | N | | | | | | |

Ampliación de Hallazgos: WELLS: -10 CM, BIEN
SCHOBER: 10/14/08, FALTA FLEXIBILIDAD LUMBAR

Pablo Emilio Vélez Rojo

Licencia No. 11194 REG 3095

NOMBRE Y LICENCIA DEL ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No.

Certifico que todo lo registrado en la historia clínica es verídico, que no he omitido ninguna información sobre mi salud y puede ser confirmada

CRA. 44 No. 48-51 - PLAZUELA DE SAN IGNACIO - CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86 - E-mail: smsi@une.net.co
MEDELLIN - COLOMBIA



CRA. 44 No. 48-51
(PLAZUELA DE SAN IGNACIO)
CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86
MEDELLIN - COLOMBIA
E-mail: smsi@une.net.co

CUESTIONARIO DE ALTURAS

| | |
|--|---------------------------|
| FECHA: DIA: 27 MES: 8 AÑO: 2009 | CIUDAD: Medellín |
| EMPRESA CONTRATANTE: CONVEL S.A | EMPRESA EN MISION: |
| NOMBRE: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ | C.C.: 98489392 |
| N S - HALLAZGOS | |
| Ha sufrido o padece de vértigo(laberintitis, otitis media, sindrome de meniere) | NO |
| Ha sufrido o padece de mareos, o desmayos repentinos? | NO |
| Consumo sustancias sico-activas? | NO |
| Ha sufrido o padece de epilepsia y/o convulsiones? | NO |
| padece alguna fobia? | NO |
| Ha tenido alguna enfermedad psiquiatrica? | NO |
| Ha sufrido de pánico o ha padecido temor a las alturas o espacios confinados? | NO |
| Ha sufrido de Diabetes Mellitus o hipoglicemia? | NO |
| Ha sufrido de hipertensión arterial? | NO |
| Ha sufrido del corazón? | NO |
| Tiene problemas para concentrarse? | NO |
| Tiene problemas de obesidad o patologias tiroideas? | NO |
| Ha sufrido o sufre de asma? | NO |
| Tiene problemas visuales? | NO |
| Sufre o ha sufrido de alguna enfermedad neurológica? | NO |
| Tiene usted algún tipo de alergia? | NO |
| Ha sufrido tumores craneales, malformaciones cerebrales y ECV? | NO |
| En la actualidad toma o consume algún medicamento? | NO |
| Escriba cuáles consume | |
| Ha laborado alguna vez en alturas? | SI |
| Dónde? | CONVEL SA |
| Usted cree que puede laborar en alturas? | SI |
| Explique porque | EXPERIENCIA Y BUENA SALUD |
| Test de Romberg | NEGATIVO |
| Prueba de marcha a ciegas (Babinski - Weil) | NEGATIVO |
| Estado mental del trabajador | NORMAL |
| Condiciones neurológicas | NORMALES |
| Malformaciones o limitaciones físicas | NO |
| Hallazgos importantes del examen físico | NO |
| Autorizo al trabajador para laborar en alturas | SI |

CRA. 44 No. 48-51 - PLAZUELA DE SAN IGNACIO - CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86 - E-mail: smsi@une.net.co
MEDELLIN - COLOMBIA



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO
CARRERA 44 No.48-51

Serial: 220000760

2161144

Nombre: MUNERA VELEZ, CARLOS HEC CC: 98489392 BSA: 1.75 Fecha 27/08/2009
Empresa CONVEL S.A. Altura: 169.00 Edad: 44 Tecnico BEATRIZ G
Oficio: DIRECTOR DE OBRA Peso: 65.00 Sexo: Masculinc Raza: Hispano

Pre Test Coment: EXFUMADOR DE 18 CIGARRILLOS/DIA
ENFERMEDAD NO
DEPORTE. 2 HORAS SEMANALES
EXPOSICION A POLVO USO OCASIONAL DE MASCARILLA
Disnea: Sin disnea Tos: Sin tos Resuello Ningún resuello
Producto Cigarrillo Años Fumando: 15.0 Pqte/Dia 1.0 Años sin fumar: 2.0
Medicamentos NINGUNO

Post Test Coment

INTERPRETACION

Normal Sin Alteración
Ventilatoria

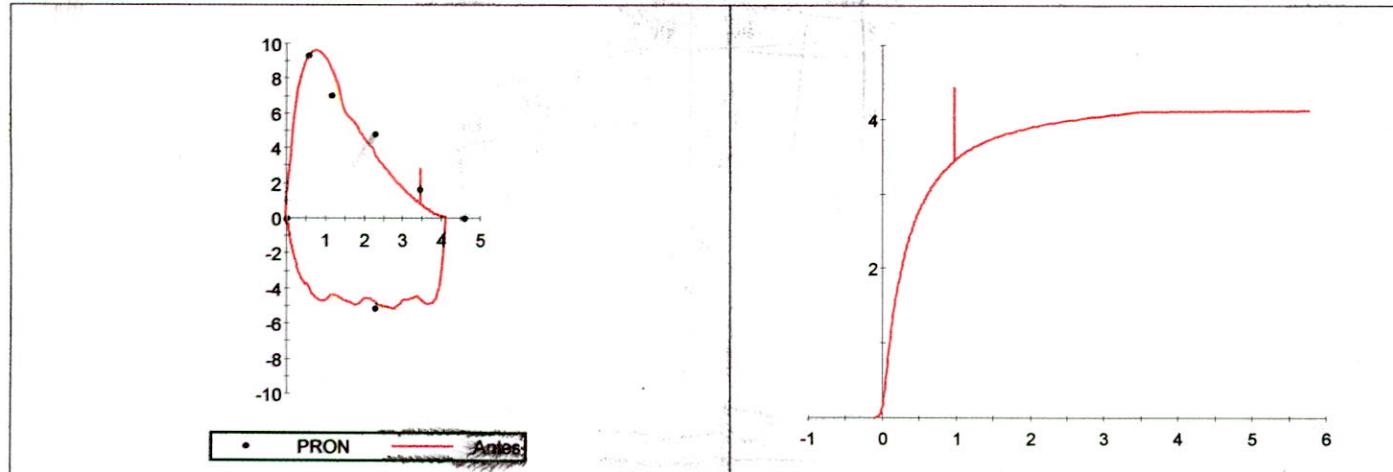
TERAPEUTA RESPIRATORIO

Beatriz Editha Gil Moreno
Terapeuta Respiratorio
Reg. 5-2420

FIRMA PACIENTE

Carlos Velez
98489392

| ESPIROMETRÍA | Pre-Bronch | | | Post-Bronch | | |
|--------------------|------------|------|-------|-------------|-------|---------|
| | Real | PRON | %Pron | Real | %Pron | %Cambio |
| FVC (L) | 4,13 | 4,58 | 90 | | | |
| FEV1 (L) | 3,47 | 3,66 | 95 | | | |
| FEV1/FVC (%) | 84 | 80 | 105 | | | |
| FEF 25% (L/sec) | 9,30 | 7,06 | 132 | | | |
| FEF 50% (L/sec) | 4,44 | 4,77 | 93 | | | |
| FEF 75% (L/sec) | 1,54 | 1,63 | 94 | | | |
| FEF Max (L/sec) | 9,64 | 9,31 | 104 | | | |
| FIF Max (L/sec) | 5,11 | | | | | |
| FEF 25-75% (L/sec) | 3,64 | 3,68 | 99 | | | |





smi
SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO LTDA.
VIOSIOMETRIA

| | | | |
|-------|-----|-----|------|
| FECHA | DÍA | MES | AÑO |
| | 27 | 08 | 2009 |

Cra. 44 No. 48-51 (Plazuela de San Ignacio) - Conm.: 216 11 44 - Fax: 239 57 86
E-mail: smsi@epm.net.co - www.smsi.com.co - Medellín - Colombia

NOMBRE EMPRESA:
Canwel S.A.

NOMBRE PACIENTE:

C.C 98 489 392

EDAD
214

CARGO U OFICIO

USA LENTES SI

NO

PERMA

PERMANENTES

ALGUNAS VECES

LEER

BIFOCALES

1

VISIÓN LEJANA

1. VISION BINOCULAR: OSCURO, CAFE 6 NEGRO; A.O. VERDE; O.I. ROJO; O.D.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|-------------------------|-----------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------|---------------------|----------|----------|----------|
| 2. AMBOS OJOS | ↑ | → | → | ← | ↑ | ↓ | ← | → | ← | ↓ | → | ↓ | ↑ | → |
| 3. OJO DERECHO | ↑ | ← | ↑ | ↑ | ↓ | ↓ | ← | ↓ | → | ↑ | → | ← | ↓ | → |
| 4. OJO IZQUIERDO | ← | → | ← | ↓ | → | ↑ | ↑ | ↓ | → | ↑ | ↓ | → | ↑ | ← |
| SNELLEN EQUIVALENTS | 20 200 | 20 100 | 20 70 | 20 50 | 20 40 | 20 35 | 20 30 | 20 25 | 20 22 | 20 20 | 20 18 | 20 17 | 20 15 | 20 13 |
| 5. PROFUNDIDAD | 1 ↓ | 2 ← | 3 ↓ | 4 ↑ | 5 ↑ | 6 ← | 7 → | 8 ← | 9 → | | | | | |
| 6. COLOR | A 12 | B 5 | C 25 | D 6 | E 16 | F 0 | | | | | | | | |
| 7. FORIA VERTICAL | 1 | 2 | 3 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 5 | 10 | 11 | 12 | 13 | 7 |
| 8. FORIA LATERAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 15 |
| VISIÓN CERCANA | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. AMBOS OJOS | → | ← | ↑ | → | ↓ | → | ↑ | ← | ↑ | ← | ↓ | → | ↓ | ← |
| 10. OJO DERECHO | ↑ | ↓ | ↑ | ↓ | → | ↑ | → | ← | ↓ | ← | → | → | ← | ↑ |
| 11. OJO IZQUIERDO | ↓ | ← | ↓ | → | ↑ | ← | ↑ | ↓ | → | → | ← | → | ↑ | → |
| 12. LATERAL | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 15 |
| 13. CAMPIMETRIA LATERAL | DERECHA 85° 85° | IZQUIERDA 70° 70° | | | | | | | | NASAL 55° 55° | NASAL 45° 45° | | | |

RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS VISUALES

VISIÓN BINOCULAR SI NO

| | | | | | | |
|---------------------------|-------|-------|------|--------|------|-------|
| AGUDEZA VISUAL LEJANA | A.O. | 20/40 | O.D. | 20/200 | O.I. | 20/40 |
| AGUDEZA VISUAL CERCANA | A.O. | 20/20 | O.D. | 20/25 | O.I. | 20/20 |
| PERCEPCIÓN DE COLORES | BUENA | | MALA | | | |
| PERCEPCIÓN DE PROFUNDIDAD | BUENA | | MALA | | | |
| FORIA VERTICAL | BUENA | | MALA | | | |
| FORIA LATERAL | BUENA | | MALA | | | |

CAMPIMETRIA TEMPORAL NORMAL NORMAL NORMAL TEMPORAL NORMAL NORMAL
LATERAL IZQUIERDA ANORMAL IZQUIERDA ANORMAL DERECHA ANORMAL DERECHA ANORMAL

OBSEVACIONES:

AMERITA REMISIÓN A:

REALIZADO POR

REALIZADO POR

Digitized by srujanika@gmail.com

REALIZADO POR
See AMARAL Paez 9
(TÉCNICO MÉDICO) SAN IGNACIO ITBA
Tel. 216.11.11

Tel. 216 11 44

CRA. 44 No. 48-51
 (PLAZUELA DE SAN IGNACIO)
 CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86
 MEDELLIN - COLOMBIA
 E-mail: smsi@une.net.co



AUDIOMETRIA TAMIZ

EXAMEN DE: PREEMPLEO

| DIA | MES | AÑO | HORA |
|-----|-----|------|---------|
| 27 | 8 | 2009 | 8:32 AM |

NOMBRE: CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ DOCUMENTO: 98489392

FECHA DE NACIMIENTO: 13/4/1965 DIRECCION: CLL 5 N 76 A 145

TEL: 3430624 OFICIO: DIRECTOR DE OBRA

EMPRESA: CONVEL S.A

REPOSO AUDITIVO : SI EQUIPO : MAICO MA 41 CALIBRACION : 11/11/08

HISTORIA OCUPACIONAL

| EMPRESA | OFICIO | TIEMPO | EXPUESTO A RUIDO | PROTECCION AUDITIVA |
|--------------|-------------------|---------|------------------|---------------------|
| .CONVEL S.A. | .DIRECTOR DE OBRA | 16 AÑOS | SI | OCAS. |

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:

| | | |
|--|----|-----------------|
| AUDIOMETRIAS ANTERIORES | SI | CUANDO?: 5 AÑOS |
| OYE MEJOR POR UN OIDO QUE POR EL OTRO? | NO | POR CUAL?: |
| TRAUMAS DEL OIDO | NO | EXPLIQUE: |
| CIRUGIAS ORL | NO | CUALES: |
| PATOLOGIAS OTICAS | NO | |
| HABITOS RUIDOSOS | NO | |
| SERVICIO MILITAR | NO | |
| DROGAS OTOTOXICAS | NO | |
| PADRES O HERMANOS SORDOS | NO | |
| EXPLOSIONES CERCA | NO | |

ANTECEDENTES PERSONALES:

| | N S | | N S | | N S | | N S |
|-----------------|-------|----------------|-------|----------------------|-------|---------------------|-------|
| 1. HTA | N | 5. SARAMPION | S | 8. SIFILIS | N | 11. VARICELA | S |
| 2. TUBERCULOSIS | N | 6. RUBEOLA | N | 9. TRAUMA DE CRANEO | N | 12. HIPOTIROIDISMO | N |
| 3. DIABETES | N | 7. PAROTIDITIS | S | 10. PARALISIS FACIAL | N | 13. HIPERTIROIDISMO | N |
| 4. MENINGITIS | N | | | | | | |

AMPLIACION DE HALLAZGOS:

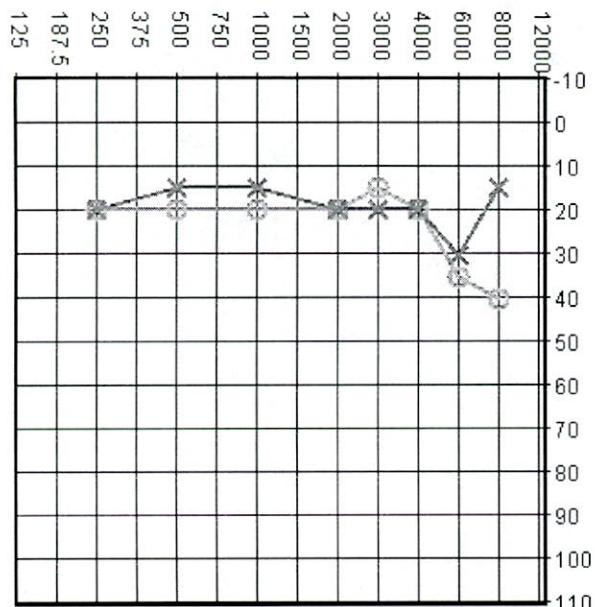
CQX AMIGDALECTOMIA

OTOSCOPIA: OD: NORMAL OI: NORMAL

OBSERVACIONES:

NO REQUIERE

AUDIOGRAMA



| | | |
|-----------|------|------|
| VIA AEREA | O.D. | O.I. |
| VIA OSEA | < | > |

| PRESBIACUSIA | ELI | | SAL |
|--------------|------|------|-----|
| | O.D. | O.I. | |
| 14 | A | A | B |

| | | |
|--------|------|------|
| LARSEN | O.D. | O.I. |
| | N | N |

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO:

AUDICION NORMAL EN TONOS MEDIOS Y GRAVES CON LEVE DESCENSO EN 6 Y 8KHZ EN OD Y EN OI AUDICION NORMAL EN TONOS MEDIOS Y GRAVES Y LEVE DESCENSO EN 8KHZ

RECOMENDACIONES:

CONTROL ANUAL

UTILIZAR TAPON AUDITIVO EN ESPACIOS RUIDOSOS

AGNES INDRANY DIOSA ARIAS

Licencia No. REG:

NOMBRE Y LICENCIA DEL FONOAUDIOLOGO

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C. No. 98489392

Certifico que todo lo registrado en la audiometría es verídico, que no he omitido ninguna información sobre mi salud y puede ser confirmada

CRA. 44 No. 48-51 - PLAZUELA DE SAN IGNACIO - CONMUTADOR: 216 11 44 - FAX: 239 57 86 - E-mail: smsi@une.net.co
MEDELLIN - COLOMBIA



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO LTDA.

NIT. 890.933.726-1

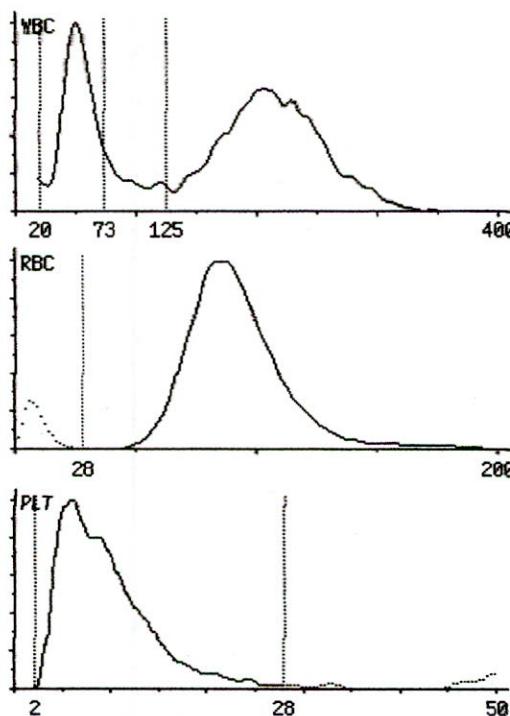
| | | | |
|--------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| Paciente | 98489392 - CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ | Fecha de Impresión | 27/08/2009 01:36:56 p.m. |
| Empresa/Sede | 890905022-6 - CONVEL S.A | Fecha de Registro | 2009-8-27 |
| Sexo/Edad | Masculino / 44 Años | Hora de Registro | 1:36 PM |
| Teléfono | 3430624 | Registro Nro | 27755 |
| | | Orden Nro. | 161761 |

| Análisis | Resultado | Vlr Refer Inicial | Vlr Refer Final | Unidad |
|---|-----------|-------------------|-----------------|--------|
| COLESTEROL TOTAL | | | | |
| RESULTADO | 196 ✓ | 70 | 200 | Mg/dl |
| TRIGLICERIDOS | | | | |
| RESULTADO | 82 ✓ | 0 | 150 | Mg/dl |
| GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS) | | | | |
| RESULTADO | 83 ✓ | 70 | 100 | Mg/dl |

ASTROBLEMA COMEZ TECNOL
ESTRATO NO. 001654
BACTERIOLOGA

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO LTDA.

| | |
|-------------------|-------------------------|
| ID paciente: | 1761 |
| Nombre: | CARLOS MUNERA |
| Modo: | Humano |
| Años/Sexo: | 0 años / Masculino |
| Fecha de reporte: | 27.08.2009 |
| ID muestra: | 1761 |
| Hora prueba: | 27.08.2009 12:24PM |
| Prueba | Resultado |
| WBC | 5.88 $10^3/\mu\text{l}$ |
| LYM | 1.78 $10^3/\mu\text{l}$ |
| MID | 0.41 $10^3/\mu\text{l}$ |
| GRA | 3.69 $10^3/\mu\text{l}$ |
| LY% | 30.2 % |
| MY% | 7.0 % |
| GR% | 62.8 % |
| RBC | 4.83 $10^6/\mu\text{l}$ |
| HGB | 16.4 g/dl |
| HCT | 45.10 % |
| MCV | 93 fl |
| MCH | 33.9 + pg |
| MCHC | 36.3 + g/dl |
| RDWc | 14.6 % |
| PLT | 315 $10^3/\mu\text{l}$ |
| PCT | 0.26 % |
| MPV | 8.4 fl |
| PDWc | 38.1 % |



Morfología = NON NUC



LABORATORIO
FORME Nro. 503
PROCESO 93-10-11



CONSECUTIVO 260

SEROLOGIA

NRO. ORDEN 00207 FECHA 93/10/11 PACIENTE CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ
TELEFONO CEDULA 98.489.392 PROCEDENCIA PARTICULAR

RESULTADO **VALOR NORMAL**

V.D.R.L. CUALITATIVO NO REACTIVA NO REACTIVA

V.D.R.L. CUANTITATIVO DILS.

F.T.A. ABSORBENTE NEGATIVA
CARRERA 44 N° 48 - 51 (PLAZUELA SAN IGNACIO) CONM: 216 1144 TELS.: 239 6211 - 239 6320 - 2395932 NAF 994 MEDELLIN - COLOMBIA

smsi

Rafael