



Nº 70.425

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
01 DÍA	03 MES	2024 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES							
Empresa en misión							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
PEREZ VELEZ MIGUEL ANTONIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	30 AÑOS 10 MESES 2 DÍAS	CC	1151948843
Apellidos y Nombres				Tipo	Número		
PESO (Kg)	76.60	TALLA (Cm)	167	IMC	27.47 - SOBREPESO		
Cargo							
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO</b>							
Observaciones: NO APLICA							
APTITUD SEGURIDAD VIAL <input checked="" type="checkbox"/> SI							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL				VISIOMETRIA			
AUDIOMETRÍA				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
EXAMEN ANEXO OSTEOMUSCULAR				PRUEBA SPA PANEL 2			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE REALIZA RECOMENDACIONES EN CUANTO HIGIENE DE COLUMNA Y PRACTICAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 3 VECES EN SEMANA							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____				 Firma: _____			
<b>Nombre:</b> BENAVIDES TELLO LUCY RUBIELA <hr/> <b>R. M.:</b> 522823 <b>L.S.O.:</b> 4595				<b>Nombre:</b> PEREZ VELEZ MIGUEL ANTONIO <hr/> <b>CC:</b> 1151948843			
 Código de Seguridad				<b>C391070425</b>			



## EXÁMEN DE VISIONETRIA

### DATOS PERSONALES

No: 16,536

Fecha: 01/03/2024 CC: 1151948843 Nombre: PEREZ VELEZ MIGUEL ANTONIO Edad: 30 AÑOS 10 MESES  
Genero: MASCULINO Ocupación: CONDUCTOR Empresa: PARTICULARES  
Eps: Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO  
Fecha Último Examen: 0 Motivo Consulta: 0

### ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAЕ RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
A.O:	NO APLICA	20/ 20	0.50	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
O.D:	NO APLICA	20/ 20	0.50	N/A	NO APLICA		N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 20	0.50	N/A	NO APLICA		N/A	N/A

RX FINAL			AV/VL	AV/VP	ADICIONAL
O.D:	NO APLICA		N/A	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA		N/A	N/A	N/A

### COVER TEST

VISIÓN LEJANA NORMAL  
VISIÓN PROXIMA NORMAL

### ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN NORMAL

### EXÁMEN EXTERNO

OJO DERECHO NO APLICA  
OJO IZQUIERDO NO APLICA

### MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN NO APLICA

### OFATMOSCOPIA

OJO IZQUIERDO FOAN  
OJO DERECHO FOAN

### QUERATROMETRIA

OJO DERECHO NO APLICA  
OJO IZQUIERDO NO APLICA

### REFLEJOS

OBSERVACION NO APLICA

### REFRACCIÓN

OJO IZQUIERDO NO APLICA  
OJO DERECHO NO APLICA

### SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

### VISIÓN COLOR

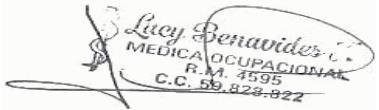
OJO DERECHO NO APLICA  
OJO IZQUIERDO NO APLICA

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

**CONDUCTA A SEGUIR**  
NO REFIERE DISPOSICIONES

**OBSERVACIONES:**  
VISIÓN CROMÁTICA NORMAL

**OPTOMETRA**



Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: BENAVIDES TELLO LUCY RUBIELA  
R. M.: 522823      L.S.O.: 4595



Código de Seguridad  
**G39M3S16536**

**PACIENTE**

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: PEREZ VELEZ MIGUEL ANTONIO  
CC: 1151948843



Código de Seguridad

V39B33H75544



Orden de Servicio N°: 75544

DATOS PERSONALES

Municipio: PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)

Fecha y Hora: viernes, 1 de marzo de 2024 07:54:58 a.m.

Nombres y Apellidos: PEREZ VELEZ MIGUEL ANTONIO

CC: 1151948843 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 29/04/1993 Edad: 30 AÑOS 10 MESES 2 DÍAS Entidad: PARTICULARES

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

PRUEBA SPA PANEL 2

REPORTE DE RESULTADO  
DROGAS DE ABUSO SCREENING  
DROGA SU RESULTADOS

MARIHUANA: NEGATIVO  
INTERPRETACION POSITIVO MAYOR DE 2 ng/ml

COCAINA: NEGATIVO  
INTERPRETACION POSITIVO MAYOR DE 1 ng/ml

METODO INMUNOENSAYO CROMATOGRÁFICO CUALITATIVO

LA VERACIDAD DEL RESULTADO DEPENDE DE LA SUSTANCIA INGERIDA DEL TIEMPO DE TOMA Y DE LA FRECUENCIA.

Hector Vicente Davila Paz  
Bacteriólogo(a) RP: 1108 / 4355





**AMPM24 SAS**  
NIT: 900813532  
Dirección: Av. de los Estudiantes, Calle 20 #38-15  
Tel: 7377355 - 3042045021  
Pasto - Nariño

Tipo admisión: INGRESO	Procedimiento: VALORACION PSICOMOTRIZ		
<b>INFORMACIÓN DEL USUARIO</b>			
		<b>Nombres y Apellidos:</b> MIGUEL ANTONIO PEREZ VELEZ <b>NUIP:</b> CC - 1151948843 <b>Sexo:</b> Masculino <b>Edad:</b> 30 <b>Fecha de nacimiento:</b> 1993-04-29 <b>Lugar de nacimiento:</b> DAGUA - VALLE <b>Lugar de residencia:</b> Nariño - Nariño <b>Dirección:</b> CORREGIMIENTO DE SANTANDER <b>Teléfono:</b> No refiere <b>Celular:</b> 3217987897 <b>Estado civil:</b> Unión libre <b>Correo electrónico:</b> No refiere <b>Escolaridad:</b> Bachillerato completo <b>Hemoclasiación:</b> O+ <b>Hijos:</b> 1 <b>EPS:</b> SALUD TOTAL <b>Regimen:</b> Contributivo <b>Fondo de pensión:</b> COLFONDOS <b>ARL:</b> NO REFIERE <b>Estrato:</b> 2 <b>Zona:</b> Urbana <b>Grupo étnico:</b> No refiere <b>Discapacidad:</b> No	
<b>Correo electrónico:</b> No refiere <b>Escolaridad:</b> Bachillerato completo <b>Hemoclasiación:</b> O+ <b>Hijos:</b> 1 <b>EPS:</b> SALUD TOTAL <b>Regimen:</b> Contributivo <b>Fondo de pensión:</b> COLFONDOS <b>ARL:</b> NO REFIERE <b>Estrato:</b> 2 <b>Zona:</b> Urbana <b>Grupo étnico:</b> No refiere <b>Discapacidad:</b> No			

<b>DATOS DE EMPRESA</b>						
<b>Empresa:</b> LUZ MEDICA IPS SAS	<b>NIT:</b> 900972966	<b>Dirección:</b> CR 35 18 10 BRR PALERMO	<b>Ciudad:</b> Pasto - Nariño			
<b>Email:</b> luzmedicapasto@gmail.com	<b>Teléfono:</b> 6027364731	<b>Celular:</b> 3004217354				
<b>Actividad:</b> Las actividades de instituciones que prestan servicios de atención de la salud, con alojamiento, que carecen de una supervisión directa de médicos						
<b>Empresa en misión:</b> No aplica						

<b>TRAZABILIDAD DE LA MEDIDA</b>						
DOCUMENTO	FECHA	MODELO	SERIE	FIRMWARE	FORM	BAREMO
CC 1151948843	2024-03-01 10:33:12	AGX-PT3	3153	2.0.0.11	PT3-04	BPT-2

<b>RESULTADOS TEST PSICOMOTRÍZ</b>				
TEST	Pámetro	Rango de aprobación	Resultado	
ATENCIÓN CONCENTRADA	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (TMRR)	<= 0,690 Seg.	0.624	
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (TMRA)	<= 0,690 Seg.	0.624	
	Número de Errores	<= 5 Errores	1	
REACCIONES MÚLTIPLES	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (TMRR)	<= 1,140 Seg.	0.995	
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (TMRA)	<= 1,140 Seg.	0.995	
	Número de Errores	<= 7 Errores	0	
REACCIÓN AL FRENADO	Tiempo Promedio de Reacción (TPR)	<= 0,750 Seg.	0.622	
	Tiempo Total de Error (TTE)	<= 4,830 Seg.	0.212	
	Número de Errores	<= 15 Errores	1	
COORDINACIÓN BIMANUAL - MOTRICIDAD FINA	Tiempo Medio de Desviación (TMD)	<= 0,830 Seg.	0.210	
VELOCIDAD DE ANTICIPACIÓN				

<b>VALORACIÓN</b>	
<b>Resultado:</b> Aprobado	
<b>Observaciones:</b> APROBADO	

<b>RESULTADOS CUESTIONARIO SPAC-PPAC CONDUCTORES</b>		
BLOQUE	RESULTADO	Nº PREGUNTAS
CONTROL DE IMPULSOS	3	3
TRASTORNO DE PERSONALIDAD	3	3
ESQUIZOFRENIA	3	3
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR	3	3
TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO	3	3
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO	3	3
ABUSO DE ALCOHOL	3	3
CONSUMO HABITUAL DE TABACO/CIGARRILLO	3	3
CONSUMO HABITUAL DE DROGAS Y MEDICAMENTOS	3	3
ABUSO DE DROGAS O MEDICAMENTOS	3	3
TRASTORNOS INDUCIDOS POR DROGAS O MEDICAMENTOS	3	3
TRASTORNOS DEL SUEÑO	3	3
TRASTORNOS MENTALES DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA	3	3
TRASTORNOS AMNÉSICOS Y OTROS TRASTORNOS COGNOSCITIVOS	3	3
INFORMACIÓN	3	3
COMPRENSIÓN	3	3
ARITMÉTICA	3	3
SEMEJANZAS	3	3
VOCABULARIO	3	3

<b>RESUMEN</b>		
<b>Puntuación de Personalidad:</b> 18	<b>Preguntas realizadas:</b> 18	<b>Calificación:</b> Aprobado
<b>Puntuación de Sustancias:</b> 21	<b>Preguntas realizadas:</b> 21	<b>Calificación:</b> Aprobado
<b>Puntuación de Inteligencia:</b> 18	<b>Preguntas realizadas:</b> 18	<b>Calificación:</b> Aprobado

#### CONSIDERACIONES LEGALES

El presente documento consigna la información suministrada por mí, certifica que es veraz y autorizo a la IPS AMPM24 SAS a entregar el certificado médico ocupacional resultante de esta valoración donde se registran las recomendaciones, restricciones y/u observaciones médicas dando cumplimiento al decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan información que es necesaria para el programa de medicina preventiva de la compañía.

IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009, la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 – Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social profesional, la guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, la empresa solo obtendrá los certificados médicos emitidos.

La IPS AMPM24 SAS da cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de julio 2007 Parágrafo del Artículo 10 y la ley estatutaria 1581 de 2012, especialmente a los dispuestos en sus artículos 9 y 12, a su Decreto reglamentario 1377 de 2013 y las demás normas pertinentes como responsable del tratamiento de datos.



JUAN DAVID MENESES ORDOÑEZ  
CC 1085324717



MIGUEL ANTONIO PEREZ VELEZ  
CC 1151948843



**IPS AM PM**  
CUIDAMOS DE SU SALUD  
Y BIENESTAR INTEGRAL / 24 SAS



## AUDIOMETRÍA

DATOS PERSONALES		Atención N°: 15048										
Fecha: 01/03/2024	Ciudad: PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)	Eps:										
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO												
CC: 1151948843	Nombre: PEREZ VELEZ MIGUEL ANTONIO	Edad: 30 AÑOS 10	Genero: MASCULINO									
Fecha Nacimiento: 29/04/1993	Empresa: PARTICULARS	Ocupacion: CONDUCTOR										
ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES												
Empresa		Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses						
PARTICULARES		CONDUCTOR	NINGUNA	NO APLICA	1	0						
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL												
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación									
TEJO	NO REFIERE	POLÓGONO	NO REFIERE									
MOTO	NO REFIERE	WALKMAN	NO REFIERE									
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO										
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE											
CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA												
Descanso auditivo(Horas) :	8 Hora(s)	Realizó re test:	NO	Uso Cabina Sonoamortiguada:	SI							
Marca y Referencia audiometró utilizado:	MAICO MA40	F. Ultima Calibración:	2015-09-18									
<input type="radio"/> : Vía aérea del OD	[ ] : Vía ósea del OD (OI enmascarado)	< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)	△ : Vía aérea del OD con OI enmascarado									
<input checked="" type="checkbox"/> : Vía aérea del OI	[ ] : Vía ósea del OI (OD enmascarado)	> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)	[ ] : Vía aérea del OI con OD enmascarado									
OTOSCOPIA				Graph of Auditory Function (dB(A)) vs Frequency (Hz)								
Oído derecho:	NORMAL			-10	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Oído izquierdo:	NORMAL			0	10	15	20	25	30	35	40	45
50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110
115	120											
SEVERIDAD - CAOHC												
Oído derecho:	Normal(0 - 25 dB)			Oído izquierdo:	Normal(0 - 25 dB)							
LARSEN												
Oído derecho:	NORMAL			Oído izquierdo:	NORMAL							
Interpretación												
Código	Nombre del Diagnóstico				Oido	Origen	Tipo					
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION				AMBOS	PROFESIONAL	2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO					
RECOMENDACION						OBSERVACION						
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO												
USE PROTECCIÓN AUDITIVA												
Observaciones												

**FONOAUDIÓLOGO**

Firma:

---

Nombre: PAREDES AGUIRRE DUNIA XIMENA

R. M.: 66921474

L.S.O.: 

---



Código de Seguridad

**F39L2R15048****TRABAJADOR**

Firma:

---

Nombre: PEREZ VELEZ MIGUEL ANTONIO

CC

---