



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 46.745**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN					TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
<b>05</b> DÍA	<b>08</b> MES	<b>2025</b> AÑO	<b>PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)</b>		<b>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO</b>			
			Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE								
<b>TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S</b>								
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)								
<b>MARTINEZ GALVEZ ANDRES DAVID</b>					Genero	Edad	Documento de Identificación	
					<b>MASCULINO</b>	27 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS	CC	1085341574
Apellidos y Nombres							Tipo	Número
Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Civil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC	
04/08/1998	3166237946	SECUNDARIA	O +	UNIÓN LIBRE	73,00	171,00	24,96 - PESO NORMAL	
Cargo <b>CONDUCTOR</b>								
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO PARA EL CARGO</b>								
Observaciones: <b>NO APLICA</b>								
<b>APTO</b>		APTITUD SEGURIDAD VIAL						
<b>RESTRICCIONES LABORALES</b>				<b>TIPO</b>		<b>RECOMENDACIONES</b>		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA		
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>								
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO				
AUDIOMETRÍA				MARIHUANA				
VISIOMETRÍA				ALCOHOLIMETRIA ALIENTO				
ELECTROCARDIOGRAMA- EKG				COCAINA				
GLICEMIA				ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR				
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>			<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>			<b>HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>		
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA			PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA			SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN MEDICA			HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO			DIETA BALANCEADA		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISION LEJANA			CONTINUAR CAPACITACIONES					
			SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL					
			SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL					
			PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.</li> <li>VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.</li> <li>REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.</li> <li>PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA</li> </ul>								

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



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CC: 59314428 - MARCELA PORTILLA

R. M.: 2443

L.S.O.: 2382



Código de Seguridad

**G789M1S46745**

### Aspirante o Trabajador

*Andrés Martínez Galvez*

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: MARTINEZ GALVEZ ANDRES DAVID

CC: 1085341574



Fecha Ingreso: 05/08/2025 11:30:18 a. m.  
Fecha Resultado: 07/08/2025 08:18:45 a. m.  
Paciente: ANDRES DAVID MARTINEZ GALVEZ  
Examen: ELECTROCARDIOGRAMA  
Empresa: IPS OCUPSALUD SST SAS

Sede: PASTO  
Estudio: 136743174 474942  
Documento: 1085341574  
Edad: 27 a 0 m 1 d

## ELECTROCARDIOGRAMA :

INDICACION :Evaluación médica.

FC : 56x minuto.

PR : 153mseg.

QRS : 97mseg.

QTc : 418mseg.

Eje QRS : 45grados

## INTERPRETACION :

BRADICARDIA SINUSAL.

**ANA LUCIA TELLERIA TORRES**

M.D. MEDICO CARDIOLOGO

R.M.665275

Transcrito por:QUIWHI

IMPORTANTE: La recomendación de estudios complementarios es de tipo técnico, de acuerdo a la modalidad de imagen diagnóstica realizada, por lo que la competencia para definir la necesidad de estudios complementarios es del equipo médico tratante del paciente, de acuerdo al contexto clínico y ayudas diagnósticas previas.

Bogotá (1) 307 7171. Pereira (6) 325 4200. Manizales (5) 8862747. Cúcuta (7) 572 1055. Ibagué (8) 264 1639. Girardot (8) 835 0528.  
Bucaramanga (7) 691 1122. Zipaquirá (1) 851 0491. Chiquinquirá (8) 726 6699. Valledupar (5) 589 8339.

Impreso 08/08/2025 02:17:47 p. m. Idime Sede Lago, Calle 76 N° 13-46 Bogotá - [www.idime.com.co](http://www.idime.com.co)


Página: 1 of 2

ENVCOR



Fecha Ingreso: 05/08/2025 11:30:18 a. m.  
Fecha Resultado: 07/08/2025 08:18:45 a. m.  
Paciente: ANDRES DAVID MARTINEZ GALVEZ  
Examen: ELECTROCARDIOGRAMA  
Empresa: IPS OCUPSALUD SST SAS

Sede: PASTO  
Estudio: 136743174 474942  
Documento: 1085341574  
Edad: 27 a 0 m 1 d

	<b>VALORAR NO. 1</b>	Código: FR-63 Versión: 01
	<b>EVALUACIÓN INDIVIDUAL PSICOLOGÍA</b>	Fecha Vigencia: 2021-02-16
		Página 1 de 2

Nombre: Andres David Martinez Galvez  
Fecha: 5 de agosto de 2025

Cedula: 1.085.341.574  
Edad: 27 años

## Aplicación TEST BATERÍA LN DETER:

### Convenciones de la prueba:

TMR (Tiempo Medio de Respuesta)  
MDA (Media Desvíos Absolutos)

NE (Numero de Errores)  
TE (Tiempo Errores).

Prueba de Atención Concentrada: TMR (30-74):35

NE (0-5):0

Prueba de Reacciones Múltiples: TMR (67-146):70

NE (0-8):0

Velocidad de Anticipación: MDA (8-46) 18

Coordinación Bimanual: NE ( $\leq 122$ ):37

TE ( $\leq 8194$ ):800

Coeficiente Intelectual ( $\geq 70$ ):96,5

### Aplicación de Test de Personalidad.

Presenta trastornos amnésicos o cognitivos: No

Consumo de sustancias alcohol/drogas: No

Trastornos en el estado de ánimo: No

Trastornos del sueño: No

Trastorno Antisocial/esquizoide: No


Otros:

Prueba de personalidad concepto general:


### Concepto General:

Evaluación psicossensométrica ajustada a la resolución 0217 del 2014 en el anexo 1, expedida por el Ministerio de Transporte. Al momento y fecha de la valoración presenta habilidades motrices y condiciones en salud mental Aptas para desarrollo de actividad laborales.

Firma 

 Dra. Sandra P. Valencia  
PSICÓLOGA  
T.P. 5421

Elaborado	Aprobado
ADMINISTRADO	GERENCI
R	A

	<b>VALORAR NO. 1</b>	Código: FR-63 Versión: 01
	<b>EVALUACIÓN INDIVIDUAL PSICOLOGÍA</b>	Fecha Vigencia: 2021-02-16
		Página <b>2 de 2</b>

Elaborado	Aprobado
ADMINISTRADO R	GERENCI A