



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 46.745

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
05 DÍA	08 MES	2025 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S							
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)							
MARTINEZ GALVEZ ANDRES DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	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 CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO	APTITUD SEGURIDAD VIAL						
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL		EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO		✓			
AUDIOMETRÍA		MARIHUANA		✓			
VISIONEMTRÍA		ALCOHOLIMETRIA ALIENTO		✓			
ELECTROCARDIOGRAMA- EKG		COCAINA		✓			
GLICEMIA		ANEXO EXAMEN OSTEO muscular		✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
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					
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<ul style="list-style-type: none"> MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN. VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN. 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. PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA 							

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

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MARTINEZ GALVEZ ANDRES DAVID

CC: 1085341574

Código de Seguridad
G789M1S46745



74/474942/1

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.



74/474942/1

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

 Valorar <small>S.A.S.</small> <small>Centro de Reconocimiento de Conducción</small>	VALORAR NO. 1	Código: FR-63 Versión: 01
	EVALUACIÓN INDIVIDUAL PSICOLOGÍA	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) NE (Número de Errores)
MDA (Media Desvíos Absolutos) 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 (<=122):37	TE (<=8194):800
Coeficiente Intelectual (>=70):96,5	

Aplicación de Test de Personalidad.

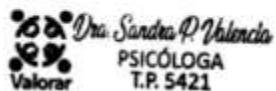
Presenta trastornos amnésicos o cognitivos: No
Consumo de sustancias alcohol/drogas: No
Trastornos en el estado de ánimo: No
Trastornos del sueño: No
Trastorno Antisocial/esquizoide: No
Otros:

Prueba de personalidad concepto general:

Concepto General:

Evaluación psicosensométrica 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 Sandra P. Valencia S.



Elaborado	Aprobado
ADMINISTRADORA	GERENCIA



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

Elaborado	Aprobado
ADMINISTRADORA	GERENCIA