



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA  
ODONTO-MEDICINA SERVIR

Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín

Firma:		
Nombre: <u>GÓMEZ ECHEVERRÍA JORGE LUIS</u>		Firma: <u>Jorge Luis Gómez Echeverría</u>
R. M.:	CMC2017-22575	Código de Seguridad: <u>G678M1S1283</u>
L.S.O.:	81-1217	CC: <u>88032320</u>

Aspirante o Trabajador  
Médico

06 08 MES AÑO	08 2020 CARRILLO TORRES FERNEL JOHANY Apellido y Nombre	SARAGUERIA (RAUCA, COLOMBIA) Código
<b>UT ASOCIACION MULTIMODAL 2020</b>		<b>CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO</b>
		<b>UT ASOCIACION MULTIMODAL 2020</b>
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE		
Nombre de la empresa <b>SIN DEFECTO FISICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFERIA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA</b>		
Observaciones: NO APLICA		
CONCEPTO DE ACTITUD OCUPACIONAL <b>SIN DEFECTO FISICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFERIA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA</b>		
EMPRESA EN MISION		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación, CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Crédito o Extracción, TI, Tarjeta de Identidad, PI, Pasaporte)		
Documento de Identificación:		
Genero: MASCULINO Edad: 37 AÑOS 8 MESES CC: 88032320 Tipo: 5 DIAS Número:		
CAMPUS CONDUCTOR		
CONCEPTO DE ACTITUD OCUPACIONAL <b>SIN DEFECTO FISICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFERIA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA</b>		
RESTRICCIONES LABORALES		
NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		
TIPO: NO APLICA		
RECOMENDACIONES		
COLESTEROL TOTAL: ✓ NO APLICA		
RECOMENDACIONES MEDICAS		
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		
USO DE EPP: ✓ TRIGLICERIDOS ✓ LDL ✓ HDL		
SVE AUDITIVO: ✓ HABITOS SALUDABLES PAUSAS ACTIVAS E HIIGIENE POSTURAL: ✓ FORTALECIMIENTO MUSCULAR SVE OSTENOMUSCULAR: ✓ CONTROL DE PESO CAPACITACION BIOSEGURIDAD: ✓ ACTIVIDAD FISICA AEROBICA ✓ HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES		
SE VALORO PRUEBA PSICOSESMOMETRICA (05/08/20) (CAPACIDAD AUDITIVA, CAPACIDAD VISUAL, CAPACIDAD MENTAL Y DE COORDINACION, MOTRIZ PERSONALIDAD Y SUSTANCIA INTELIGENCIA)		
SE REALIZO ENCUESTA PARA CONOCER RIESGO ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID-19 SEGUN PUESTO DE TRABAJO, CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTOCUIDADO: USO DE TABARCAS, GAFAS DE SEGURIDAD, LAVADO DE MANOS C3 HORAS O SEGUN NECESIDAD, HIDRATACION PERIODICA, NO COMPARTIR ALIMENTOS, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACION DE PERSONAS		
CONSENTIMIENTO INFORMADO del Aspirante o Trabajador autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este protocolo. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el examen es voluntaria y que tiene la oportunidad de reiterar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger las confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en esta 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 remita la Historia Clínica a la EPS a la medida en el momento actualmente existido. Finalmente manifiesto que le he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados enteros de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.		

SE VALORÓ PRUEBA PSICONEUROAMÉRICA (05-18-2021) [CAPACIDAD AUDITIVA, CAPACIDAD VISUAL, CAPACIDAD MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ, PERSONALIDAD Y SUSTENCIÓN EN EL DESARROLLO].  
SE REALIZÓ ENCUESTA PARA CONOCER RIESGO ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID-19 SEGÚN PUESTO DE TRABAJO, CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTOCUIDADO: USO DE TABACOS, GAFAS DE SEGURIDAD, LAVADO DE MANOS 30 HORAS O SEGÚN NECESIDAD, HIDRATACIÓN PERIODICA, NO COMPARTIR ALIMENTOS, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS.

ODONTOMEDICINA SERVIR - CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE  
CONDUCTORES LTDA.

15-CEP-039 del 31/08/2016

ODONTOMEDICINA SERVIR - CRC LTDA

Nit: 9001318342  
Dirección: Calle 28 17 - 18 // Calle 20 # 18-62/04 - SARAVENA  
Teléfono: 8820331  
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS: 817360025003  
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0004736 DEL 01 DE NOVIEMBRE DE  
2016

Huellas del aspirante



INFORME DE EVALUACIÓN FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

Examen No: 4724 RUNT No: 25577965

Fecha de Expedición: 05/08/2020 Fecha Vencimiento: 01/02/2021

INFORMACIÓN DEL CANDIDATO

Nombre: FERNEL JOHANY CARRILLO TORRES  
Ocupación: Conductor/Transporte  
Dirección: CRA 10 # 21-24  
Estado Civil: Unión Libre  
Aseguradora: Nueva Promotora De Salud - Nueva EPS

Fecha Nacimiento: 01/12/1982  
Edad: 37 años  
Lugar de residencia: SARAVENA  
Tipo Vinculación: No Registra

Documento: CC88032320  
Teléfono: 0  
Gs/Rh: O +  
Sexo: M

Nombre: No Registra

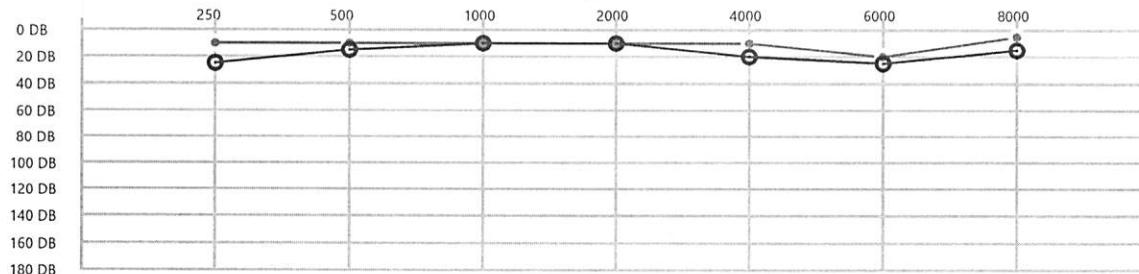
INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Teléfono: No Registra

Parentesco: No Registra

Evaluación de Capacidad Auditiva

Audiograma



Dispositivo Amplivox	250Hz	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	6000Hz	8000Hz	PTA	HFA
Oido Derecho(O) ---	10	10	10	10	10	20	5	10.00	11.67
Oido Izquierdo(X)---	25	15	10	10	20	25	15	11.67	20.00
>= 0 db a <= 20 db			>= 25 db a <= 40 db		>= 45 db a <= 60 db		>= 65 db a <= 80 db		
Normal			Hipoacusia Leve		Hipoacusia Moderada		Hipoacusia Severa		

Otoscopia Izquierda Normal

Otoscopia Derecho Normal

Uso de Audífono NO

Observaciones

El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014.

Fonoaudiólogo  
INGRID YLUIETH SABALA ESPINOSA

No. Registro  
1094277815



Firma y Huella del Fonoaudiólogo

## Evaluación de Capacidad Visual

No presentó evaluación con Corrección Óptica

Cargo Manual	Parámetro	Criterios de aprobación	Resultados	Valoración
<b>Agudeza Visual</b>	Lejano Ojo Derecho	$\geq 20/30.0$	20/200	NO APROBADO
	Lejano Ojo Izquierdo	$\geq 20/30.0$	20/20	APROBADO
	Lejano Ambos Ojos	$\geq 20/30.0$	20/20	APROBADO
	Cercano Ojo Derecho	$\geq 20/30.0$	20/20	APROBADO
	Cercano Ojo Izquierdo	$\geq 20/30.0$	20/20	APROBADO
	Cercano Ambos Ojos	$\geq 20/30.0$	20/20	APROBADO
<b>Vision Nocturna</b>	Binocular	$\geq 20/30.0$	20/20	APROBADO
	Campimetro Izquierda	$\geq 70^{\circ}$	85	APROBADO
	Campimetro Derecha	$\geq 70^{\circ}$	85	APROBADO
	Perimetria Izquierda	$\geq 70^{\circ}$	85	APROBADO
<b>Campo Visual</b>	Perimetria Derecha	$\geq 70^{\circ}$	85	APROBADO
	Lejana	$< 75 \text{ s de arco } 60\%$	75 seg de arco	APROBADO
	Cercana	$< 75 \text{ s de arco } 60\%$	75 seg de arco	APROBADO
	Vision Mesopica	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
<b>Sentido Luminoso</b>	Binocular	$\geq 4$	6	APROBADO
	Binocular	$\leq 50\%$	10%	APROBADO
	Binocular	$\leq 5 \text{ s}$	1s	APROBADO
<b>Discriminación de Colores</b>	Binocular	$\leq 3 \text{ Lineas AV}$	3	APROBADO
	Horizontal Lejana	$\geq 1.5 \text{ y } \leq 6.5$	4.5	APROBADO
	Vertical Lejana	$\geq 3.5 \text{ y } \leq 5.5$	5.5	APROBADO
<b>Senibilidad al Contraste</b>	Horizontal Cercana	$\geq 2.5 \text{ y } \leq 7.5$	4.5	APROBADO
	Vertical Cercana	$\geq 3.5 \text{ y } \leq 5.5$	5.5	APROBADO
	Afaquias y Pseudoafaquias	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
<b>Otras Valoraciones</b>	Motilidad Palpebral	NORMAL	NORMAL	APROBADO
	Anatomia y Motilidad Ocular	NORMAL	NORMAL	APROBADO
	Deterioro Progresivo	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Cirugías Refractivas	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Nistragmus	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Estrabismos	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Diplopias	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Escotomas	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Otros Defectos	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO

**Observaciones**

El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014.  
Control anual por optometria

Optómetra  
MARGELY XIOMARA MONTERO CELY

No. Registro  
1696

Firma y Huella del Optómetra



## Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

Dispositivo Médico AGX	Parámetro	Criterios de aprobación	Resultados	Valoración
Atención Concentrada y Resistencia a la Monotonía	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 0.69 s	0,6763833333333333	APROBADO
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 0.69 s	0,677	APROBADO
	Número de Errores	<= 5 Errores	1	APROBADO
Reacciones Múltiples	Tiempo Medio de Reacción de respuesta	<= 1.14 s	0,8118333333333333	APROBADO
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 1.14 s	0,776190476190476	APROBADO
	Número de Errores	<= 7 Errores	4	APROBADO
Coordinación Bimanual	Tiempo Total de Error	<= 4.83 s	0,081	APROBADO
	Número de Errores	<= 15 Errores	0	APROBADO
	Tiempo Medio de Reacción al Frenado	<= 0.69 s	0,5083	APROBADO
Velocidad de Anticipación	Tiempo Medio de Desviación (Vel 1.)	<= 0.83 s	0,4393333333333333	APROBADO
Inteligencia Práctica	Inteligencia Práctica	PRESENTÓ	SI, 5,0	APROBADO

### Observaciones

El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014.

## Personalidad y Sustancias

	Puntuación directa	Máxima puntuación
10.1 Delirium, demencia, Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psicótico	-3	16
10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica	1	4
10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	3	6
10.4 Trastornos del estado de ánimo	2	7
10.5 Trastornos dissociativos	0	7
10.6 Trastornos del Sueño	0	7
10.7 Trastornos del control de impulsos	1	7
10.8 Trastornos de personalidad	3	14
10.9 Trastornos del desarrollo intelectual	11	12
10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador	0	9
11.1 11.2 11.3 Abuso, dependencia y trastornos inducidos por el alcohol	1	5
11.4 11.5 11.6 11.7 Consumo habitual, abuso, dependencia y trastornos inducidos de sustancias psicoactivas	0	5

## Inteligencia

	Puntuación directa	Máxima puntuación
Inteligencia	11	12
Inteligencia Práctica	5	5
Inteligencia Analítica	6	7
Coeficiente intelectual	112	

## 10.11. Otros trastornos mentales no incluidos en apartados anteriores

### Observaciones

Está centrado en el diagnóstico o el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental.

SI.

Aunque la persona tiene un trastorno mental, éste no está relacionado con el problema

NO.

La persona tiene trastorno mental que está relacionado con el problema, pero el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica

NO.

### Observaciones

El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014.

Psicólogo  
DIANA CAROLINA RUIZ LEAL

No. Registro  
127257



Firma y Huella del Psicólogo

## Evaluación Médica

Presión Arterial: 126/80 mmhg  
Frecuencia Respiratoria: 19 Resp/min

Frecuencia Cardíaca 82 lat/min  
Peso 85 Kg

Estatura 170 cm

	Parámetro	Resultados
<b>Sistema Locomotor</b>	Motilidad Afecciones y anomalías progresivas Talla	NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE
<b>Sistema Cardiovascular</b>	Insuficiencia cardíaca Trastornos del ritmo Marcapasos y desfibrilador automático implantable Prótesis valvulares cardíacas Cardiopatía isquémica Hipertensión arterial Aneurismas de grandes vasos Arteriopatías periféricas	NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE
<b>Trastornos Hematológicos</b>	Procesos onco-hematológico Procesos sometidos a tratamiento quimioterapéutico Policitemia Vera Otros trastornos onco-hematológicos Trastornos no onco-hematológicos. Anemias, leucopenias y trombopenias Trastornos de coagulación. Tratamiento anticoagulante.	NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE
<b>Sistema Renal</b>	Neuropatías. Trasplante renal.	NO REFIERE NO REFIERE
<b>Sistema Respiratorio</b>	Disneas. Trastornos del sueño. Otras afecciones.	NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE
<b>Enfermedades Metabólicas y Endocrinas</b>	Diabetes mellitus Cuadros de hipoglucemia Enfermedades tiroideas Enfermedades paratiroides Enfermedades adrenales	NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE
<b>Sistema Nervioso y Muscular</b>	Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico. Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías Alteraciones del equilibrio Trastornos musculares Accidente isquémico transitorio Accidentes isquémicos recurrentes Otras causas no especificadas	NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE NO REFIERE
<b>Otras causas que no se especificaron</b>		NO REFIERE

### Observaciones

El candidato evaluado cumple con los parámetros del anexo 1 de la resolución 217/214

Médico  
OLGA JANNETH VARGAS QUIJANO

No. Registro  
81060/2005

Firma y Huella del Médico general

### Observaciones

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA. CANDIDATO EVALUADO DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS DEL ANEXO I DE LA RESOLUCIÓN 217/2014

CERTIFICADOR  
JANETH ANDREA TAPIAS MAZUERA

No. Registro  
1302598

Firma  
Firma y Huella del Certificador



Huella



**SERVIR**  
ODONTO MEDICINA  
C.R.C.

**ODONTO-MEDICINA SERVIR - CENTRO DE  
RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES**

**LIMITADA**

Dir: CL 28 20 A 26  
Tel: 8891396-310 3338348  
SARAVENA - ARAUCA - COLOMBIA  
email: odontomed0106@hotmail.com

NIT 900131834-2

Responsable del impuesto sobre las ventas - IVA

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - AGENTES  
RETENEDORES DEL IMPUESTO DE RENTA

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N°

OC16

Resolución DIAN N° 18764000127362 del 16/06/2020 valida desde 16/06/2020 Hasta 16/06/2022, Numeración Autorizado del OC1 al OC850

Señor(es)	UNION TEMPORAL ASOCIACION MULTIMODAL 2020
NIT:	901381672-1
CRA 75 # 24D - 19	
Tel:	0913078-093
licitaciones@astranportes.net	
Bogota - Bogota D. C. - COLOMBIA	

Fecha Emision (DD/MM/AAAA)	Vendedor	Código Cliente
06/08/2020 12:19 PM		UTAMU
Condición/Forma de pago		Remision/Pedido #
Forma de pago	Método de pago	Vencimiento
Contado	Efectivo	

Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	IVA	Valor Total
SOMO	CONSULTA MEDICINA OCUPACIONAL	1.00	UND	\$38,000.00	\$0.00 0 %	\$0.00 \$38,000.00
SOGL	GLICEMIA	1.00	UND	\$12,000.00	\$0.00 0 %	\$0.00 \$12,000.00
SOCT	COLESTEROL TOTAL	1.00	UND	\$12,000.00	\$0.00 0 %	\$0.00 \$12,000.00
SOTG	TRIGLICERIDOS	1.00	UND	\$15,000.00	\$0.00 0 %	\$0.00 \$15,000.00
SOHD	HDL	1.00	UND	\$11,000.00	\$0.00 0 %	\$0.00 \$11,000.00
SOLD	LDL	1.00	UND	\$10,000.00	\$0.00 0 %	\$0.00 \$10,000.00
Son:						SubTotal \$98,000.00
NOVENTA Y OCHO MIL PESOS CON CERO CENTAVOS.						Descuento \$0.00
						Cargo \$0.00
Retenciones	Base		Valor		Base Imponible	\$98,000.00
Sin Retenciones (0.00 %)	\$0.00		\$0.00		Total Factura	\$98,000.00

Observaciones:

Recibi(mos) real y materialmente la mercancía y/o servicio

**ACEPTADA**

Fecha Recibido

Nombre/Razón Social

Cédula/NIT

Firma y Sello

Por medio de la presente Factura de Venta, el Comprador y el Aceptante declaran haber recibido real y materialmente los productos y servicios estipulados en este mismo título valor, y se obliga a pagar el precio en la forma pactada. Esta factura de venta se asimila a un título valor de acuerdo a la ley 1231/2008 y al Decreto Reglamentario 1411/2008.



**CODIGO CUFE**

d8c5afb1b1946365362ee67867e33f5a8b3bf8646fd11a6279583cf001f95558b9c8795e77cf95f72f5891bc461d7d



06 AGO 2020

**CANCELADO**

Efectivo  
• Sin Retención