



ODONTO-MEDICINA SERVIR
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA
NIT. 900.131.834-2
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín
CEL. 310932791 - Tel. 097 8891396 - Email: jlgomez12@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 1.283

06	08	2020	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA)	CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO	
DIA	MES	AÑO	Causa	TPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	
			DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE		
			UT ASOCIACION MULTIMODAL 2020		
			Nombre de la empresa		
			UT ASOCIACION MULTIMODAL 2020		
			Empresa en misión		
			DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identación, PT, Pasaporte)		
			Nombre de la empresa		
			CARILLO TORRES FERNEL JOHANY		
			Apellido y Nombres		
			MASCULINO		
			Género		
			37 AÑOS 8 MESES		
			Edad		
			5 DIAS		
			Tipo		
			CC		
			88032320		
			Número		
			CARGO		
			CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL		
			SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA		
			Observaciones: NO APLICA		
			N/A		
			NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alfara, Espasmos Confinados, Manipular Alimentos)		
			RESTRICCIONES LABORALES		
			TPO		
			NO APLICA		
			RECOMENDACIONES		
			SIN RESTRICCIONES LABORALES		
			NO APLICA		
			El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:		
			CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL		
			TRIGLICÉRIDOS		
			✓		
			LDL		
			✓		
			HDL		
			✓		
			COLESTEROL TOTAL		
			✓		
			RECOMENDACIONES MEDICAS		
			USO DE EPP		
			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
			HABITOS SALUDABLES		
			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
			CONTROL DE PESO		
			ACTIVIDAD FISICA AEROBICA		
			HACER DEPORTE		
			DIETA BALANCEADA		
			CAPACITACION: BIODIVERSIDAD		
			OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES		
			SE VALUÓ PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA (05.08.20) (CAPACIDAD AUDITIVA, CAPACIDAD VISUAL, CAPACIDAD MENTAL Y DE COORDINACIÓN)		
			MOTRIZ, PERSONALIDAD Y SUSTANCIA E INTELIGENCIA)		
			SE REALIZÓ ENCUESTA PAPS CON BAJO RIESGO		
			ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIENESTAR PARA COVID-19 SEGÚN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO		
			CUIDADO: USO DE TAPABOCAS, GAFAS DE SEGURIDAD, LAVADO DE MANOS CON JABÓN O SEGÚN NECESIDAD, HIGIENIZACIÓN PERIÓDICA, NO		
			COMPARTE ALIMENTOS, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS		
			Conferimiento 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		
			procedimiento, los beneficios, las limitaciones, y riesgos del examen involucro a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este		
			examen es voluntaria y que tiene la oportunidad de retirarme en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la		
			confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son confiables 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 aspectos en blanco han		
			sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.		

Médico

Firma:

Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS

R. M.: CM2017-2575 L.S.O.: 81-1217



Código de Seguridad: G678M1S1283

Firma:

Nombre: CARILLO TORRES FERNEL JOHANY

CC: 88032320

Aspirante o Trabajador

CERTIFICADO
NO. 2020-000590

ODONTOMEDICINA SERVIR - CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LTDA.

15-CEP-039 del 31/08/2016

ODONTOMEDICINA SERVIR - CRC LTDA

Nit: 9001318342

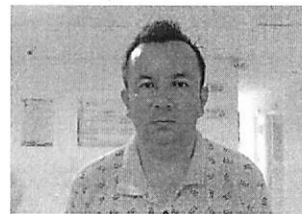
Huellas del aspirante

Dirección: Calle 28 17 - 18 // Calle 20 # 18-62/04 - SARAVERA

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



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: SARAVERA

Tipo Vinculación: No Registra

Documento: CC88032320

Teléfono: 0

Gs/Rh: O +

Sexo: M

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

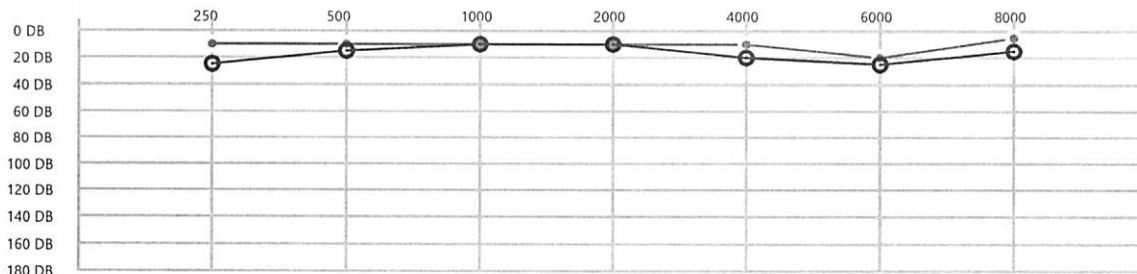
Nombre: No Registra

Teléfono: No Registra

Parentesco: No Registra

Evaluación de Capacidad Auditiva

Audiograma



Dispositivo Amplivox	250Hz	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	6000Hz	8000Hz	PTA	HFA
Oído Derecho(O) ---	10	10	10	10	10	20	5	10.00	11.67
Oído 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 Audifono 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

Cargue Manual	Parámetro	Criterios de aprobación	Resultados	Valoración
Agudeza Visual	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
Vision Nocturna	Binocular	$\geq 20/30.0$	20/20	APROBADO
Campo Visual	Campímetro Izquierda	$\geq 70^\circ$	85	APROBADO
	Campímetro Derecha	$\geq 70^\circ$	85	APROBADO
	Perimetría Izquierda	$\geq 70^\circ$	85	APROBADO
	Perimetría Derecha	$\geq 70^\circ$	85	APROBADO
Vision en Profundidad	Lejana	< 75 s de arco 60 %	75 seg de arco	APROBADO
	Cercana	< 75 s de arco 60 %	75 seg de arco	APROBADO
Sentido Luminoso	Vision Mesopica	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
Discriminación de Colores	Binocular	≥ 4	6	APROBADO
Sensibilidad al Contraste	Binocular	$\leq 50\%$	10%	APROBADO
Encandilamiento	Binocular	≤ 5 s	1s	APROBADO
Recuperación Encandilamiento	Binocular	≤ 3 Lineas AV	3	APROBADO
Phorias	Horizontal Lejana	≥ 1.5 y ≤ 6.5	4.5	APROBADO
	Vertical Lejana	≥ 3.5 y ≤ 5.5	5.5	APROBADO
	Horizontal Cercana	≥ 2.5 y ≤ 7.5	4.5	APROBADO
	Vertical Cercana	≥ 3.5 y ≤ 5.5	5.5	APROBADO
Otras Valoraciones	Afaquias y Pseudoafaquias	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Motilidad Palpebral	NORMAL	NORMAL	APROBADO
	Anatomía y Motilidad Ocular	NORMAL	NORMAL	APROBADO
	Deterioro Progresivo	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Cirugías Refractivas	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Nistagmus	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 optometría

Margely Montero

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
Reacción al Frenado	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 disociativos	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
Coficiente 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

Diana Ruiz

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

Observaciones

El candidato evaluado cumple con los parametros del anexo 1 de la resolucion 217/214

Médico

OLGA JANNETH VARGAS QUIJANO

No. Registro

81060/2005

Olga Janneth Vargas

Firma y Huella del Médico general

Observaciones

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

CERTIFICADOR

JANETH ANDREA TAPIAS MAZUERA

No. Registro

1302598

Janneth Tapia Mazuera

Firma

Firma y Huella del Certificador



Huella



**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@astransportes.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
			Descuento	\$0.00
NOVENTA Y OCHO MIL PESOS CON CERO CENTAVOS.			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 CUFÉ



d8c5afb1b1946365362ee67867e33f5a8b3bf8646fd11a6279583cf0e001f95558b9c8795e77cf95f72f5891bc461d7d



06 AGO 2020

CANCELADO

Efectivo
Sin Retenciones