



Global Health
& SERVICES S.A.S

GLOBAL HEALTH & SERVICES SAS

NIT: 901846439-9

Dir: Calle 143 # 16a - 65 apto 209
E-mail: asesoriayrepresentacionbyb@gmail.com
Cel: 301 710 2572 - 300 559 2983
Bogotá D.C.



Nº 77

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	10 MES	2025 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
MATEUS MORENO ALEXANDER				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	46 AÑOS 8 MESES 28 DÍAS	CC	79970118 Número
Apellidos y Nombres							
Cargo CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA EL CARGO ASIGNADO.							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRIA				✓	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		
OPTOMETRIA				✓	PSICOMOTRIZ		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS		USO DE EPP			DEJAR DE FUMAR		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		CAPACITACIÓN			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN					CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
					DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS		
					NO FUMAR		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPSCOFISICO PARA EL CARGO. SE REALIZA EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR. SE REALIZAN PRUEBAS DE OPTOMETRÍA, AUDIOMETRÍA, NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES QUE LE IMPIDAN, RESTRINJAN O LIMITEN LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO. SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS. REALIZAR EJERCICIO REGULAR. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA Y SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS, ESTIRAMIENTOS MUSCULARES DE MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES Y DE COLUMNA. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. ASISTIR A CONTROL MÉDICO DE RUTINA EN EPS. SE RECOMIENDA CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO. CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN NORMATIVA VIGENTE. SE REMITE CON ESPECIALISTA.							
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.							



Global Health
& SERVICES S.A.S

GLOBAL HEALTH & SERVICES SAS

NIT: 901846439-9

Dir: Calle 143 # 16a - 65 apto 209

E-mail: asesoriayrepresentacionbyb@gmail.com

Cel: 301 710 2572 - 300 559 2983

Bogotá D.C.



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

Atención N°: 70

DATOS PERSONALES

Fecha: 17/10/2025 Municipio: VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAM/ CC:79970118 Nombre: MATEUS MORENO ALEXANDER Edad: 46 AÑOS 8
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: CONDUCTOR Empresa: PARTICULARES
Eps: FAMISANAR Tipo Evaluación Medica: EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO Y MEDIO
Lugar del Último Examen: OPTICA PARTICULAR Motivo Consulta: EXAMEN OCUPACIONAL INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	USUARIO DE GAFAS
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	POLVO, PARTICULAS
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAЕ RX	NO
USA ANTEOJOS	SI

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/40	0.50	N/A	NO APLICA		20/20	N/A
O.I:	NO APLICA	20/25	0.50	N/A	NO APLICA		20/20	N/A
A.O:	NO APLICA	20/25	0.50	N/A	NO APLICA		20/20	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: SANO

OJO IZQUIERDO: SANO

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL

VISIÓN PROXIMA: NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: K' =

OJO DERECHO: K' =

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: NO REVISADO AV VL 20/

OJO IZQUIERDO: NO REVISADO AV VL 20/

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: NO REVISADO	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD
OJO DERECHO: NO REVISADO	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD



GLOBAL HEALTH & SERVICES SAS

NIT: 901846439-9

Dirección: Calle 143 # 16a - 65 apto 209
E-mail: asesoriayrepresentacionbyb@gmail.com
Cel: 301 710 2572 - 300 559 2983
Bogotá D.C.



PRUEBA PERCEPTIVO-MOTORA

Datos del Paciente

Nº Atención: 88

Municipio:	VILLA DE SAN DIEGO DE UBAPE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	Fecha Atención:	17/10/2025 09:50:39a.m.
Tipo Doc:	CC Cedula: 79970118	Nombres y Apellidos:	MATEUS MORENO ALEXANDER
Edad:	46 AÑOS 8 M	Cargo:	CONDUCTOR
Teléfono:	3204925355	Empresa:	PARTICULARES
Celular:	3204925355		

Evaluación de Coordinación Motriz:

EXÁMEN	PARÁMETROS	RANGOS DE APROBACIÓN	SG	RESULTADO
ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA A LA MONOTONÍA	TIEMPO MEDIO DE REACCIÓN DE RESPUESTA	<= 1,12 S	AC_TMRR	0.52
	TIEMPO MEDIO DE REACCIÓN AL ACIERTO	<= 1,23 S	AC_TMRA	0.52
	NÚMERO DE ERRORES	<= 8 ERRORES	AC_NE	0
REACCIONES MULTIPLES	TIEMPO MEDIO DE REACCIÓN DE RESPUESTA	<= 0,85 S	RM_TMRR	0.62
	TIEMPO MEDIO DE REACCIÓN AL ACIERTO	<= 1,39 S	RM_TMRA	0.92
	NÚMERO DE ERRORES	<= 7 ERRORES	RM_NE	0
COORDINACIÓN BIMANUAL	TIEMPO TOTAL DEL ERROR	<= 6,15 S	CB_TTE	0
	PORCENTAJE DE ERROR SOBRE EL RECORRIDO	MAX. 2 %	CB_PESR	0
	NÚMERO DE ERRORES	<= 7 ERRORES	CB_NE	0
REACCIÓN AL FRENADO	TIEMPO MEDIO DE REACCIÓN AL FRENADO	<= 1,04 S	RA_TMF	0.51
	TIEMPO MEDIO DE DESVIACIÓN (VEL. 1)	>= 0,43 Y <= 1,49 S	VA_TMD1	1.3
VELOCIDAD DE ANTICIPACIÓN	TIEMPO MEDIO DE DESVIACIÓN (VEL. 2)	>= 0,38 Y <= 1,18 S	VA_TMD2	0.97

Evaluación de Capacidad Mental - Personalidad, Sustancias e Inteligencia

EXÁMEN	RESULTADO	EXÁMEN	RESULTADO
T. AMNESICOS Y CONGNITIVOS	APROBADO	EZQUIZOIDE	APROBADO
CONTROL DE IMPULSOS	APROBADO	T. COMPORTAMIENTO PERTURBADOR	APROBADO
T. LIMITROFE DE PERSONALIDAD	APROBADO	DISOCIATIVA	APROBADO
PERSONALIDAD POR EVITACIÓN	APROBADO	ANTISOCIAL	APROBADO
T.RELACIONADOS CON SUSTANCIAS	APROBADO	OBSESIVO COMPULSIVO	APROBADO
EZQUIZOFRENIA	APROBADO	TRANSTORNOS DEL SUEÑO	APROBADO
NARCISISTA	APROBADO	HISTRONICO	APROBADO
ANSIEDAD	APROBADO	ADAPTATIVO	APROBADO
PARANOIDE	APROBADO	T. MENTALES POR ENFERMEDAD	APROBADO
T. DEL ESTADO DE ÁNIMO	APROBADO	T. DEL DESARROLLO INTELLECTUAL	APROBADO
DEPENDIENTE	APROBADO	COEFICIENTE INTELLECTUAL	APROBADO

Evaluación de Coordinación Motriz:

El Aspirante presenta porte y apariencia adecuada, relación óptima con su entorno, sentido de la orientación y realidad adecuada, ubicación temporo espacial, adecuada comprensión y discernimiento para la construcción del pensamiento lógico. En la parte de coordinación psicomotriz, presenta alta capacidad para reaccionar frente a estímulos visuales y auditivos, adecuada coordinación de miembros superiores e inferiores, buenos procesos de memoria a corto plazo. En general no presenta indicadores de algún trastorno de personalidad. Apto para el cargo, por salud mental y coordinación motriz dentro de los parámetros normales, al momento de la prueba. Se aclara que es responsabilidad del usuario la omisión o negación de información referente al tema.

Concepto: APTO



Global Health
& SERVICES S.A.S

GLOBAL HEALTH & SERVICES SAS

NIT: 901846439-9

Dir: Calle 143 # 16a - 65 apto 209

E-mail: asesoriayrepresentacionbyb@gmail.com

Cel: 301 710 2572 - 300 559 2983

Bogotá D.C.



AUDIOMETRIA

Atención N°: 57

DATOS PERSONALES

Fecha: 17/10/2025 Ciudad: VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)

Tipo Examen: EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Eps: FAMISANAR

CC: 79970118 Nombre: MATEUS MORENO ALEXANDER

Edad: 46 AÑOS 8 MESES 28 DIAS Genero: MASCULINO

Fecha Nacimiento: 19/01/1979 Empresa: PARTICULARES

Ocupacion: CONDUCTOR

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
TRANSPORTES NUEVA ERA	CONDUCTOR	NINGUNA	NO APLICA	2	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: NO

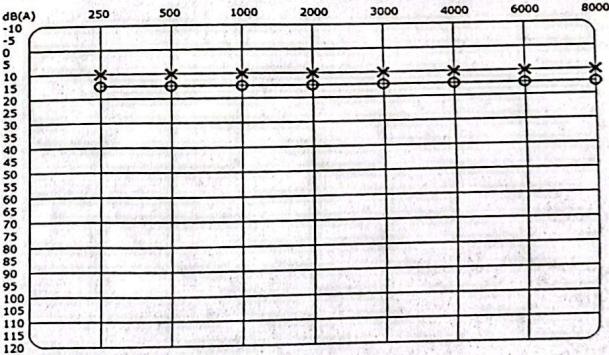
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX F. Ultima Calibración: 2025-02-21

: Vía aérea del OD

: Vía aérea del OI

< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)

> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



PTA Oido derecho: 15.00

PTA Oido izquierdo: 10.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oido derecho: Normal(0 - 25 dB)

Oido izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

Oido derecho:

Oido izquierdo:

Bilateral: NORMAL

Descripción frecuencial

AUDICIÓN DENTRO DE LOS PARAMETROS DE NORMALIDAD DE FORMA BILATERAL

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL
RECOMENDACION				
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO				

Observaciones

AUDICIÓN DENTRO DE LOS PARAMETROS DE NORMALIDAD DE FORMA BILATERAL