

## CONCEPTO DE APTITUD

**Paciente:** WILLIAMS FRANK BRICEÑO ORTIZ  
**Sexo:** M **Fecha de Nacimiento:** 1979-07-09 **Edad:** 41 A  
**Dirección:** SAN VICENTE-CRA 10 NO 14A-77-AGUA DE DIOS  
**Empresa:** PARTICULAR  
**Empresa en misión:** PARTICULAR  
**Actividad económica:**

**Identificación:** CC 80004290

**Teléfono:** 3137079254



### EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

**Orden No.:** 0071241 **Fecha apertura:** 20210326 10:12:15

**Fecha cierre:** 20210326 14:27:19

**Realizado en:** Girardot - Cundinamarca

**Cargo u Oficio:** CONDUCTOR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

### EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, PRUEBA PSICOMETRICA (COORDINACION MOTRIZ), PRUEBA PSICOTECNICA, VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA

### RECOMENDACIONES LABORALES

DURANTE LA EMERGENCIA COVID  
19 LA EMPRESA DEBE ASEGURAR  
EL CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS  
DE BIOSEGURIDAD.  
Pausas activas de acuerdo al  
programa de la empresa.  
Uso de Elementos de proteccion  
Personal segun cargo.

### HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Estilos de vida saludable.

### RESTRICCIONES LABORALES

**CONCEPTO DE APTITUD:** Apto para desempeñar labor

**APTITUD PARA TAREAS ESPECIFICAS:** Apto para conducir Vehiculos

### Observación

CUMPLE CON LOS REQUISITOS CLINICOS Y PARACLINICOS DE LA RESOLUCION 1565 DE 2014 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE

Andrea Gacharná S  
Méd. Esp. Salud Ocupacional  
Lic. 925

Andrea Gacharná S

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional

**Nombre:** ANDREA GACHARNA SARMIENTO

**Especialidad:** MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**Licencia S.O.:** 9251-09

**Registro No.:** 7375-04

Firma del Paciente

**Tipo y No. Id:** CC 80004290

### AUDIOMETRIA

<b>Tipo Evaluación realizada:</b>	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	<b>Fecha de evaluación:</b>	20210326 10:12:15
<b>Lugar de realización:</b>	Girardot - Cundinamarca	<b>Orden servicio No.:</b>	0071241
<b>Nombre de la Empresa:</b>	PARTICULAR		

#### DATOS DEL PACIENTE

<b>Nombre y apellidos:</b>	WILLIAMS FRANK BRICEÑO ORTIZ		
<b>No. Identificación:</b>	CC 80004290		
<b>Genero (sexo):</b>	M	<b>Edad:</b>	41 A
<b>Profesión:</b>	Sin información		
	<b>Teléfono:</b>	3137079254	



#### INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

<b>Fecha de ingreso:</b>	26/03/21 0:00	<b>Jornada de trabajo:</b>	Diurna	<b>Tipo jornada:</b>		<b>Horas laboradas:</b>	
<b>Antigüedad en la empresa (meses):</b>		<b>Antigüedad en el cargo (meses):</b>					
<b>Area empresa:</b>	Sin información		<b>Sección:</b>	Sin información			
<b>Cargo u Oficio:</b>	CONDUCTOR						

#### PRUEBA AUDIOMETRIA

Otoscopia	Normalidad	Hallazgo
Oído derecho	Normal	
Oído izquierdo	Normal	

  

Vía aérea	Derecho (dB)	Izquierdo (dB)
250	10	10
500	10	10
1000	10	10
2000	10	10
3000	10	10
4000	15	10
6000	20	10
8000	15	

PTA - Grado / Significado	ELI - Grado / Significado	SAL - Grado / Significado
O.D. 10.0 Normal	O.D. A Normal excelente	O.D. A Audición Normal
O.I. 10.0 Normal	O.I. A Normal excelente	O.I. A Audición Normal

#### RESULTADO DE LA PRUEBA ==> AUDIOMETRIA

**Resultado según GATISO:** AUDICION NORMAL BILATERAL  
Recomendación:  
Observación:

*Erika M. Rodriguez*

**Firma**  
Nombre: ERIKA MARIA RODRIGUEZ VASQUEZ  
Registro No.: 0601088 Especialidad: FONOAUDIOLOGA

**Firma paciente**  
WILLIAMS FRANK BRICEÑO ORTIZ

## VISIOMETRIA

### DATOS GENERAL

<b>Tipo Evaluación realizada:</b> EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	<b>Fecha de evaluación:</b> 20210326 10:12:15
<b>Lugar de realización:</b> Girardot - Cundinamarca	<b>Orden servicio No.:</b> 0071241
<b>Nombre de la Empresa:</b> PARTICULAR	

### DATOS DEL PACIENTE

<b>Nombre y apellidos:</b> WILLIAMS FRANK BRICEÑO ORTIZ
<b>No. Identificación:</b> CC 80004290
<b>Genero (sexo):</b> M <b>Edad:</b> 41 A <b>Teléfono:</b> 3137079254
<b>Profesión:</b> Sin información



### INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

<b>Fecha de ingreso:</b> 26/03/21 0:00	<b>Jornada de trabajo:</b> Diurna	<b>Tipo jornada:</b>	<b>Horas laboradas:</b>
<b>Antigüedad en la empresa (meses):</b>	<b>Antigüedad en el cargo (meses):</b>		
<b>Area empresa:</b> Sin información	<b>Sección:</b> Sin información		
<b>Cargo u Oficio:</b> CONDUCTOR			

### PRUEBA VISIOMETRIA

#### ORGANO / SISTEMA

<b>Agudeza Visual</b>	<b>Derecho</b>	<b>Hallazgo</b>	<b>Izquierdo</b>	<b>Hallazgo</b>
Visión lejos sin corrección	20/30		20/25	
Visión próxima sin corrección	20/40		20/70	
<b>Complementaria</b>	<b>Derecho</b>	<b>Hallazgo</b>	<b>Izquierdo</b>	<b>Hallazgo</b>
Foria horizontal (balance muscular)	Normal		Normal	
Foria vertical (balance muscular)	Anormal		Anormal	
Visión de colores	Normal		Normal	

### RESULTADO DE LA PRUEBA

**Resultado:** Defecto de refracción visión próxima

**Recomendación:**

**Observación:**

Andrea Gacharná S  
"Mi Esco Salud Ocupacional"  
Lic 5025

*Andrea Gacharná S*

**Firma**

**Nombre:** ANDREA GACHARNA SARMIENTO

**Especialidad:** MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**Registro No.:** 7375-04

**Firma paciente**

WILLIAMS FRANK BRICEÑO ORTIZ



**ASISTENCIA Y ASESORIAS INTEGRALES EN SALUD  
OCUPACIONAL**

Dirección: Cra 8 # 19 - 32 Barrio Granada

Telefonos: 8351007 - 3202310609

Email: agacharnasiso@hotmail.com

**REPORTE EXAMEN No 24**

Fecha Mon Aug 10 10:57:24 COT 2020  
 Tipo Documento CC  
 Identificación 80004290  
 Nombre WILIAMS BRICE??O  
 Dirección CRA 10 N 14A 77 AGUA DE DIOS  
 Grupo Sanguíneo y RH O+



Examen de aptitudes físicas y coordinación motriz

Item	Rango	Valor
<b>Atencion Concentrada y resistencia a la monotonía</b>		
Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR)	Max 0,72 Seg	0.52
Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)	Max 0,64 Seg	0.52
Numero de errores	Max 3 Errores	0.0
<b>Reacciones Múltiples</b>		
Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)	Max 0,49 Seg	0.29
Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)	Max 0,45 Seg	0.29
Numero de errores	Max 3 Errores	0.0
<b>Reacciones al frenado</b>		
Promedio reaccion al frenado	Max 0.55 Seg	0.3
<b>Anticipacion a la Velocidad</b>		
Tiempo medio de desviacion (Vel 1)	<= 0,35 Seg	0.06
Tiempo medio de desviacion (Vel 2)	<= 0.63 Seg	0.19
<b>Coordinacion Bimanual</b>		
Tiempo total en el error (TTE)	Max 48 Seg	0.0
Porcentaje de Error Sobre el Recorrido	Max 80%	0.0
Numero de errores	Max 28 Errores	0.0

**Observaciones**

TIPO 1 El evaluado presenta resultados acordes a la edad y cargo en todas las pruebas. Coordinación Bimanual y Visomanual, estimación y percepción de la velocidad y movimiento, Velocidad de reacción y discriminación, adecuados, memoria, atención y concentración conservadas.

ESTADO EXAMEN : APTO

*Andrea Uachamá S*  
 MEd Esp Salud Ocupacional  
 Lic 925

Firma Evaluador

*[Handwritten Signature]*

Firma del Evaluado

Declaro bajo la gravedad de juramento que he participado en todo el proceso y que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponden estrictamente apegado a la verdad.