

## PRIMERA LINEA DEL METRO DE BOGOTÁ



## PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL - ANEXO 26

L1T1-CON-SST-PN-0003

**DATOS DE INSTITUCION**

<b>Nombre:</b>	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	<b>Nit:</b>	830103479-8
<b>Dirección</b>	Carrera 45ª No 94 – 91 barrio Castellana		
<b>Teléfonos:</b>	PBX. 7420428 Celular: 3107934325	<b>e-mail:</b>	controlarsalud@yahoo.com.mx



**FECHA DE EXAMEN**      2021-03-26  
**TIPO DE EXAMEN**      PREOCUPACIONAL

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

<b>Nombres y Apellidos</b>	JUAN CARLOS ANACHURY DIAZ	<b>Identificación CC</b>	Nro 73126987
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1967-05-06	<b>Edad</b>	53
<b>Sexo</b>	M	<b>Empresa</b>	METRO LINEA 1 SAS
<b>Cargo</b>	CONDUCTOR		
<b>Sucursal</b>	NO APLICA		
<b>Profesión</b>	CONDUCTOR	<b>Estrato</b>	3
<b>Composicion familiar</b>	ESPOSA	<b>Raza</b>	Mestiza

**EXAMENES REALIZADOS**

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA AUDITIVO
HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA	PRUEBA PSICOMOTRIZ
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	TEST PSICOTECNICO DE PERSONALIDAD
INFORME DE ENTREVISTA Y APLICACIÓN DE PRUEBA PSICOLÓGICA	LABORATORIO: CUADRO HEMATICO SISTEMATIZADO HOMBRES
LABORATORIO: GLICEMIA PRE	LABORATORIO: COLESTEROL TOTAL
LABORATORIO: TRIGLICERIDOS	

**CONCEPTO**

<b>CONCEPTO</b>	SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
<b>RECOMENDACIONES</b>	PROMOVER ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE RIESGOS SEGÚN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA EMPRESA CON ENFASIS AUDITIVO
<b>OBSERVACIONES</b>	APTO OCUPACIONALMENTE PARA OPERAR Y/O CONDUCIR VEHICULOS CONTROL AUDITIVO ANUAL, CONDUCIR CON VENTANAS CERRADAS REQUIERE USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE PARA LABORAR DIETA BAJA EN GRASAS, ACTIVIDAD FISICA Y SEGUIMIENTO POR EPS CON PERFIL LIPIDICO DE CONTROL

Certifico que he comprendido, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado anexando y he recibido y entendido las recomendaciones y observaciones dadas por el médico y otros profesionales.



**Jorge E. Barreto Rodgers**  
Medico Cirujano Unilibre  
Especialista en Salud Ocupacional  
R.M. 2328/93 - Lic. S.O 25-2758/16

JORGE ENRIQUE BARRETO RODGERS  
RM: 25-2759/16  
Firma y sello del médico evaluador



JUAN CARLOS ANACHURY DIAZ  
CC 73126987  
Firma del trabajador evaluado

**DATOS DE INSTITUCION**

<b>Nombre:</b>	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	<b>Nit:</b>	830103479-8
<b>Dirección</b>	Carrera 45ª No 94 – 91 barrio Castellana		
<b>Teléfonos:</b>	PBX. 7420428 Celular: 3107934325	<b>e-mail:</b>	controlarsalud@yahoo.com.mx



**FECHA DE EXAMEN** 2020-12-23  
**TIPO DE EXAMEN** PREOCUPACIONAL

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

<b>Nombres y Apellidos</b>	JUAN PABLO HUERTAS CONTRERAS	<b>Identificación CC</b>	Nro 79699840
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1974-05-11	<b>Edad</b>	46
<b>Empresa</b>	METRO LINEA 1 SAS		
<b>Cargo</b>	CONDUCTOR		
<b>Sucursal</b>	METRO LINEA 1 SAS		
<b>Profesión</b>	CONDUCTOR	<b>Estrato</b>	3
<b>Composicion familiar</b>	ESPOSA HE HIJOS	<b>Raza</b>	Mestiza

**EXAMENES REALIZADOS**

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA
HISTORIA CLINICA AUDITIVO	PRUEBA PSICOMOTRIZ
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	TEST PSICOTECNICO DE PERSONALIDAD
INFORME DE ENTREVISTA Y APLICACIÓN DE PRUEBA PSICOLÓGICA	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
LABORATORIO: CUADRO HEMATICO SISTEMATIZADO HOMBRES	LABORATORIO: GLICEMIA PRE
LABORATORIO: COLESTEROL TOTAL	LABORATORIO: TRIGLICERIDOS

**CONCEPTO**

<b>CONCEPTO</b>	SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
<b>RECOMENDACIONES</b>	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD SEGÚN PROGRAMA DE GESTIÓN DE LA EMPRESA.
<b>OBSERVACIONES</b>	SEGUIMIENTO COLESTEROL CON MEDICO EPS.

Certifico que he comprendido, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado anexando y he recibido y entendido las recomendaciones y observaciones dadas por el médico y otros profesionales.



**Dr. Mauricio Mora G.**  
Médico y Cirujano General  
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo  
RES. 4607 DE 2016



AGUSTIN MAURICIO MORA GONZALEZ

RM: 4607 /2016

Firma y sello del médico evaluador

JUAN PABLO HUERTAS CONTRERAS

CC 79699840

Firma del trabajador evaluado

**DATOS DE INSTITUCION**

<b>Nombre:</b>	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	<b>Nit:</b>	830103479-8
<b>Dirección</b>	Carrera 45ª No 94 – 91 barrio Castellana		
<b>Teléfonos:</b>	PBX. 7420428 Celular: 3107934325	<b>e-mail:</b>	controlarsalud@yahoo.com.mx

**FECHA DE EXAMEN**      2021-01-28  
**TIPO DE EXAMEN**      PERIODICO



**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

<b>Nombres y Apellidos</b>	ORLANDO ALFREDO OSPINA FORERO	<b>Identificación CC</b>	Nro 79285833
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1963-10-09	<b>Edad</b>	57
<b>Sexo</b>	M		
<b>Empresa</b>	METRO LINEA 1 SAS		
<b>Cargo</b>	CONDUCTOR		
<b>Sucursal</b>	SEDE		
<b>Profesión</b>			<b>Estrato</b> 4
<b>Composicion familiar</b>	ESPOSA E HIJOS	<b>Raza</b>	Mestiza

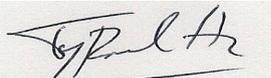
**EXAMENES REALIZADOS**

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA
HISTORIA CLINICA AUDITIVO	INFORME DE ENTREVISTA Y APLICACIÓN DE PRUEBA PSICOLÓGICA
PRUEBA PSICOMOTRIZ	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA
TEST PSICOTECNICO DE PERSONALIDAD	LABORATORIO: TRIGLICERIDOS
LABORATORIO: CUADRO HEMATICO SISTEMATIZADO HOMBRES	LABORATORIO: GLICEMIA PRE
LABORATORIO: COLESTEROL TOTAL	

**CONCEPTO**

<b>CONCEPTO</b>	PERIÓDICO CON CONTROLES POR EPS
<b>RECOMENDACIONES</b>	INCREMENTAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR MINIMO 5 DIAS A LA SEMANA DISMINUIR CONSUMODEHARINAS GRASAS Y DULCES
<b>OBSERVACIONES</b>	REQUIERE SEGUIMIENTO Y AJUSTE DEL TRATAMIENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EPS

Certifico que he comprendido, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado anexando y he recibido y entendido las recomendaciones y observaciones dadas por el médico y otros profesionales.



**Dr. Freddy R. Herrera H.**  
Espec. en Salud Ocupacional  
Lic. S.O. 5827/11

FREDDY RAUL HERRERA HERNANDEZ

RM: 14148

Firma y sello del médico evaluador



ORLANDO ALFREDO OSPINA FORERO

CC 79285833

Firma del trabajador evaluado

**DATOS DE INSTITUCION**

<b>Nombre:</b>	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS	<b>Nit:</b>	830103479-8
<b>Dirección</b>	Carrera 45ª No 94 – 91 barrio Castellana		
<b>Teléfonos:</b>	PBX. 7420428 Celular: 3107934325	<b>e-mail:</b>	controlarsalud@yahoo.com.mx

**FECHA DE EXAMEN** 2020-11-13  
**TIPO DE EXAMEN** PERIODICO



**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

<b>Nombres y Apellidos</b>	NAICIR AUGUSTO PIMIENTA QUINTERO	Identificación CC	Nro 91434179
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1969-10-01	Edad	51
<b>Empresa</b>	METRO LINEA 1 SAS	Sexo	M
<b>Cargo</b>	CONDUCTOR		
<b>Sucursal</b>	NO APLICA		
<b>Profesión</b>	CONDUCTOR	Estrato	3
<b>Composicion familiar</b>	CONYUGUE	Raza	Mestiza

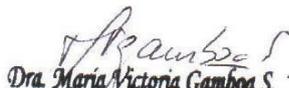
**EXAMENES REALIZADOS**

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA OPTOMETRIA
HISTORIA CLINICA AUDITIVO	PRUEBA PSICOMOTRIZ
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	TEST PSICOTECNICO DE PERSONALIDAD
INFORME DE ENTREVISTA Y APLICACIÓN DE PRUEBA PSICOLÓGICA	LABORATORIO: COLESTEROL TOTAL
LABORATORIO: GLICEMIA PRE	LABORATORIO: CUADRO HEMATICO SISTEMATIZADO HOMBRES
LABORATORIO: TRIGLICERIDOS	

**CONCEPTO**

<b>CONCEPTO</b>	PERIÓDICO CON CONTROLES POR EPS
<b>RECOMENDACIONES</b>	CONTINUAR EN SISTEMA DE VIGILANCIA AUDITIVA. PROMOVER ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE RIESGOS SEGÚN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA EMPRESA INCLUIDOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID 19 CON ENFASIS CARDIOVASCULAR.
<b>OBSERVACIONES</b>	EN PRUEBA PSICOSENSOMETRICA APTO OCUPACIONALMENTE PARA CONDUCIR. USO DE CORRECCIÓN VISUAL PARA LECTURA, CONTROL POR EPS PARA LA FORMULACION DE LAS GAFAS. EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO. CONTROL NUTRICIONAL POR EPS, SEGUIMIENTO DE LABORATORIO POR EPS, REALIZAR EJERCICIO PREVENTIVO. PRESENTA COMORBILIDAD DE RIESGO PARA COVID 19 CONVIVE CON PERSONA DE RIESGO PARA COVID 19

Certifico que he comprendido, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado anexando y he recibido y entendido las recomendaciones y observaciones dadas por el médico y otros profesionales.

  
**Dra. Maria Victoria Gamboa S.**  
Especialista Salud Ocupacional  
RESOL. 4814



MARIA VICTORIA GAMBOA SANTOS  
RM: 38245861 L.S.O 4814/2017  
Firma y sello del médico evaluador

NAICIR AUGUSTO PIMIENTA QUINTERO  
CC 91434179  
Firma del trabajador evaluado