

### INFORMACIÓN GENERAL

**Nombre:** ERIC SANTIAGO MOSQUERA NARVAEZ

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Nacimiento:** 2001-11-05

**Estrato:** 1

**Rh:** A+

**Hijos:** 0

**Estado civil:** Soltero

**Dirección:** CALLE 23 54 66 PALMAS

**Otros teléfonos:**

**Nombre del responsable:**

**Cargo:** CONDUCTOR

**Fecha:** 2026/03/13

**Edad:** 24 Años

**Documento:** 1003894053

**Ciudad o municipio:** 013 - HUILA > NEIVA

**Sexo:** Masculino

**Escolaridad:** Secundaria - 14

**Raza:** Caucásico

**Discapacitado:** NO

**Teléfono celular:** 3118598135

**Eps:** Nueva EPS - 9

**Arl:** Positiva - 7

**Fondo de pensión:** Colpensiones

**Tipo de evaluación:** Ingreso



### DATOS DE LA EMPRESA CONTRATANTE

**Nombre:** PARTICULARES

**Dirección:** -

**Otros teléfonos:**

**Identificación:** 000000000

**Teléfono celular:** 3102751566

**Actividad:**

### PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

#### P: PARACLÍNICOS

- AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL
- VISIOMETRÍA OCUPACIONAL
- EXAMEN MÉDICO DE INGRESO
  - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
  - ÉNFASIS PARA CONDUCCIÓN
- EXAMEN PSICOSENSOMETRICO DE COORDINACION MOTRIZ

#### L: LABORATORIO CLÍNICO

- COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)
- COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)
- COLESTEROL TOTAL
- TRIGLICÉRIDOS
- DROGAS DE ABUSO - 2 SUSTANCIAS

#### V: VACUNAS

### CERTIFICADO DE APTITUD

**Concepto ocupacional:** APTO **Observación:**

**Concepto Énfasis osteomuscular:** SIN PATOLOGÍA

**Concepto Énfasis para conducción:** SIN RESTRICCIÓN PARA CONDUCCIÓN

### RECOMENDACIONES GENERALES

✓ DIETA BAJA EN AZUCAR, HARINAS Y GRASA    ✓ EJERCICIOS 3 VECES SEMANA

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

✓ USO DE E,P,P.

✓ PAUSAS ACTIVAS

✓ HIGIENE POSTURAL

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, ERIC SANTIAGO MOSQUERA NARVAEZ, identificado con CC 1003894053, autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciados en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL DEL HUILA.

**Firma del especialista:**



**Dr. Guillermo E. Cortés G.**  
Médico Especialista en Salud Ocupacional  
C.C. 12.131.715 T.P. 5126/92 MINSALUD  
Resolución LSST 2544/24 S.S.H.



Código de verificación  
161032-NJETP

**Firma del trabajador:**

Eric Santiago Mosquera Narvaez

GUILLERMO ENRIQUE CORTES GORDILLO  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE TRABAJO Y  
MEDICINA LABORAL

CC: 12131715 - Tarjeta prof. # LSST: 2544/24

ERIC SANTIAGO MOSQUERA NARVAEZ  
CC: 1003894053

**Paciente** MOSQUERA NARVAEZ ERIC SANTIAGO  
**Documento** CC 1003894053  
**Remitente**  
**Convenio** SOH SALUD OCUPACIONAL DEL HUILA

**Fecha Reporte** 13/03/2026  
**Edad** 24 A 4 M 8 D.  
**Sexo** Masculino  
**No Reporte:** MN174116

2. QUIMICA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

**COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]**

Método METODO ENZIMATICO COLORIMETRICO  
 COLESTEROL HDL

75.90 mg/dl

MAYOR DE 50

Toma Muestra: 13/03/2026

Fecha Validación: 13/03/2026 09:50:43a. m.

**COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO**

Método CALCULADO  
 COLESTEROL LDL

78 mg/dl

Valores recomendados segun el Riesgo CardioVascular (RCV) del paciente Indicador por la Sociedad de Cardiología del Huila: Paciente con Prevencion secundaria y RCV muy alto: Menor de 55 mg/dl Paciente con RCV alto: Menor de 70 mg/dl Paciente con RCV moderado: Menor de 100 mg/dl Paciente con RCV bajo: Menor de 116 mg/dl Paciente sin RCV: Menor de 135 mg/dl

Toma Muestra: 13/03/2026

Fecha Validación: 13/03/2026 10:15:27a. m.

**COLESTEROL TOTAL**

Método METODO ENZIMATICO COLORIMETRICO  
 COLESTEROL TOTAL

\*224.00 mg/dl

\* Hasta 200 mg/dl

Toma Muestra: 13/03/2026

Fecha Validación: 13/03/2026 09:50:43a. m.

**Observaciones:**

VALOR CONFIRMADO  
 SUERO LIPEMICO

**GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA**

Método METODO ENZIMATICO COLORIMETRICO  
 GLICEMIA PRE

86.00 mg/dl

Valor de Referencia: Hombres- Mujeres: 65 a 99 mg/dl

Toma Muestra: 13/03/2026

Fecha Validación: 13/03/2026 09:50:43a. m.

**TRIGLICERIDOS**

Método METODO ENZIMATICO COLORIMETRICO  
 TRIGLICERIDOS

\*351.00 mg/dl

\* HOMBRES: 40 a 160 mg/dl  
 MUJERES: 35 - 135 mg/dl

Toma Muestra: 13/03/2026

Fecha Validación: 13/03/2026 09:50:43a. m.

**Observaciones:**

VALOR CONFIRMADO  
 SUERO LIPEMICO

**Paciente** MOSQUERA NARVAEZ ERIC SANTIAGO  
**Documento** CC 1003894053  
**Remitente**  
**Convenio** SOH SALUD OCUPACIONAL DEL HUILA

**Fecha Reporte** 13/03/2026  
**Edad** 24 A 4 M 8 D.  
**Sexo** Masculino  
**No Reporte:** MN174116

2. QUIMICA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------



CC 55156579 - REG: 6859/93

LONDOÑO SALGADO LILIANA AMPARO

BACTERIOLOGO TP 072

ESPECIALES

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

**CANNABINOIDES, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFÍA DE CAPA FINA O INMUNOENSAYO**

Método CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA  
 CANNABINOIDES

NEGATIVO

Toma Muestra: 13/03/2026

Fecha Validación: 13/03/2026 10:14:50a. m.

**COCAÍNA, METABOLITOS EN ORINA**

Método  
 COCAINA

NEGATIVO

Toma Muestra: 13/03/2026

Fecha Validación: 13/03/2026 10:14:50a. m.



CC 55156579 - REG: 6859/93

LONDOÑO SALGADO LILIANA AMPARO

BACTERIOLOGO TP 072

Impresion: 10:17:23a. m.

P-VIS-O-008130

# HISTORIA CLÍNICA VISIOMETRÍA OCUPACIONAL



Fecha de atención: 2026/03/13



## DATOS DE LA EMPRESA

**Nombre:** PARTICULARES  
**Dirección:** -  
**Otros teléfonos:**  
**Empresa usuaria:** PARTICULARES

**Identificación:** 000000000  
**Teléfono celular:** 3102751566  
**Actividad:**

## DATOS DEL TRABAJADOR

**Nombre:** ERIC SANTIAGO MOSQUERA NARVAEZ  
**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía  
**Nacimiento:** 2001-11-05  
**Estrato:** 1  
**Rh:** A+  
**Hijos:** 0  
**Estado civil:** Soltero  
**Dirección:** CALLE 23 54 66 PALMAS  
**Zona:** Urbana  
**Otros teléfonos:**  
**Arl:** Positiva - 7

**Edad:** 24 Años  
**Documento:** 1003894053  
**Ciudad o municipio:** 013 - HUILA > NEIVA  
**Sexo:** Masculino  
**Escolaridad:** Secundaria - 14  
**Raza:** Caucásico  
**Discapacitado:** NO  
**Teléfono celular:** 3118598135  
**Correo:** smosqueranarvaez@gmail.com  
**Eps:** Nueva EPS - 9  
**Nombre del responsable:**

## DATOS DE LA CITA

**ID Orden:** 51636  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**Autorización:**

**ID Cita:** 161034  
**Tipo de examen:** Ingreso - 1

**Fecha:** 2026-03-13 07:50:00 AM  
**Personal:** DIEGO ANDRES GARCIA DIAZ  
**Estado:** Completo

**Fecha de cierre:** 2026-03-13 09:01:42 AM  
**Producto:** P-VIS-O - VISIOMETRÍA OCUPACIONAL

## ANTECEDENTES: PERSONALES

**Toxicos/Alergicos:** No refiere  
**Quirúrgicos:** No refiere  
**Ortoptica:** No refiere  
**Enucleación:** No refiere  
**Pterigio:** No refiere

**Especificar:**  
**Especificar:**

**Glaucoma:** No refiere  
**Traumas:** No refiere  
**Otros:**

**Catarata:** No refiere  
**Conjuntivitis:** No refiere

## PATOLOGIAS

**Hipertensión:** No refiere  
**Artritis:** No refiere

**Cardiopatía:** No refiere  
**Diabetes:** No refiere

**Cancer:** No refiere

## DATOS INICIALES

**Último control:** 0 a 6 meses

**Usa RX:** No

**Tipo RX:** No refiere

**Cual:**

**Motivo de consulta:** EXAMEN DE INGRESO

**VL sin RX**

**VP sin RX**

**VL con RX**

**VP con RX**

**AV sin RX OD:** 20/20+

**OD VP:** 0.50 M

**AV con RX OD:** NO APLICA

**OD VP:** NO APLICA

**AV sin RX OI:** 20/20+

**OI VP:** 0.50 M

**AV con RX OI:** NO APLICA

**OI VP:** NO APLICA

**Examen externo:** NORMAL

**Oftalmoscopia OD:** NORMAL

**OI:** NORMAL

**Motilidad ocular VL:** NORMAL

**VP:** NORMAL

**Visión cromática:** NORMAL

**Estereopsis:** NORMAL

**Punto de convergencia:** 12 cm

## VERSIONES ANTERIORES

• Versión de 2026-03-13 09:01:45 [Integridad verificada] Cuenta: d.garcia Personal: DIEGO ANDRES GARCIA DIAZ

## DIAGNÓSTICO

**Resultados de la consulta:** Normal

## DIAGNÓSTICOS ADICIONALES

**Código**

**Nombre**

H526

EMETROPIA

**Otros - Datos complementarios (Privado):**

**Observaciones:** • SIN ALTERACIONES VISUALES NI OCULARES

**Recomendaciones personales:** • Uso de EPP visual

**Recomendaciones laborales:** • SIN ALTERACIONES VISUALES NI OCULARES. USO EPP VISUAL.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, ERIC SANTIAGO MOSQUERA NARVAEZ, identificado con CC 1003894053, autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de

reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

**Firma del especialista:**



DIEGO ANDRES GARCIA DIAZ

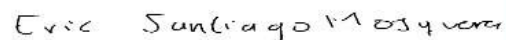
**OPTOMETRA**

CC: 79958810 - Tarjeta prof. # 79958810



Código de verificación  
161034-P821F

**Firma del trabajador:**



ERIC SANTIAGO MOSQUERA NARVAEZ

CC: 1003894053

Fecha de atención: 2026/03/13



### DATOS DE LA EMPRESA

**Nombre:** PARTICULARES  
**Dirección:** -  
**Otros teléfonos:**  
**Empresa usuaria:** PARTICULARES

**Identificación:** 000000000  
**Teléfono celular:** 3102751566  
**Actividad:**

### DATOS DEL TRABAJADOR

**Nombre:** ERIC SANTIAGO MOSQUERA NARVAEZ  
**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía  
**Nacimiento:** 2001-11-05  
**Estrato:** 1  
**Rh:** A+  
**Hijos:** 0  
**Estado civil:** Soltero  
**Dirección:** CALLE 23 54 66 PALMAS  
**Zona:** Urbana  
**Otros teléfonos:**  
**Arl:** Positiva - 7

**Edad:** 24 Años  
**Documento:** 1003894053  
**Ciudad o municipio:** 013 - HUILA > NEIVA  
**Sexo:** Masculino  
**Escolaridad:** Secundaria - 14  
**Raza:** Caucásico  
**Discapacitado:** NO  
**Teléfono celular:** 3118598135  
**Correo:** smosqueranarvaez@gmail.com  
**Eps:** Nueva EPS - 9  
**Nombre del responsable:**

### DATOS DE LA CITA

**ID Orden:** 51636  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**Autorización:**  
**Fecha:** 2026-03-13 07:50:00 AM  
**Personal:** MARTHA LILIANA SANTANA LEON  
**Estado:** Completo

**ID Cita:** 161036  
**Tipo de examen:** Ingreso - 1  
**Fecha de cierre:** 2026-03-13 08:09:49 AM  
**Producto:** P-AUD-O - AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

### DATOS INICIALES

**Consumo tabaco:** No  
**Hobbies con exposición a ruido:** No  
**Infección de oído:** No refiere  
**Exposición a ruidos:** Si

**Ha prestado servicio militar:** No  
**Exposición a químicos:** No refiere  
**Uso de ototoxicos:** No refiere  
**Tiempo Exp.:** 4 años (tráfico).

### SINTOMAS

**Disminución de audición:** No refiere  
**Zumbidos en los oídos:** No refiere

**Dolor de oídos:** No refiere  
**Mareos:** No refiere

### EXAMEN

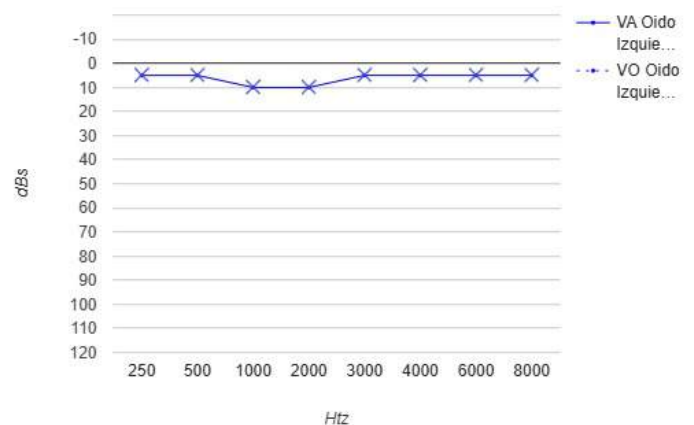
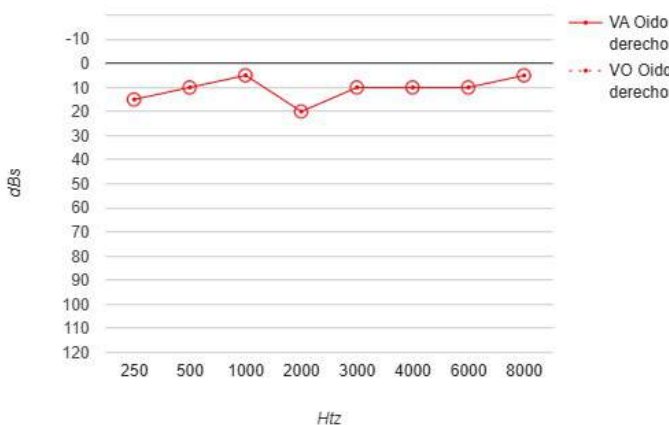
**Otoscopia OD:** Normal  
**OI:** Normal

### EXPOSICIÓN LABORAL

Empresa	Cargo	Tiempo (Meses)	Hizo uso de elementos de protección personal
PARTICULARES	CONDUCTOR	12	NO
PARTICULARES	CONDUCTOR	12	NO

### ANTECEDENTES PERSONALES Y/O FAMILIARES

Nombre	Grupo	Tipo	Observación	Fecha
Fractura	Traumático - 3	Personal	FX DE CODO IZQ EN INFANCIA	2026-03-13



Frecuencia	Vía aérea OD	OI
250	15	5
500	10	5
1000	5	10
2000	20	10
3000	10	5
4000	10	5
6000	10	5
8000	5	5

<b>IDX OD:</b> Audición dentro de parámetros de normalidad.	<b>IDX OI:</b> Audición dentro de parámetros de normalidad.
<b>Vía aérea promedio OD:</b> 11.25	<b>Vía aérea promedio OI:</b> 7.5
<b>Vía aérea enmascada OD:</b> NO	<b>Vía aérea enmascada OI:</b> NO
<b>Porcentaje pérdida auditiva % OD:</b> 0	<b>Porcentaje pérdida auditiva % OI:</b> 0
<b>Promedio áreas del lenguaje [dBsHTL] OD:</b> 0	<b>Promedio áreas del lenguaje [dBsHTL] OI:</b> 0
<b>Examen de vía ósea:</b> NO	
<b>Audiometro:</b> MA 41	<b>Calibración:</b> 18-02-025

#### VERSIONES ANTERIORES

• Versión de 2026-03-13 08:09:52 [Integridad verificada] Cuenta: m.santana Personal: MARTHA LILIANA SANTANA LEON

#### DIAGNÓSTICO

**Resultados de la consulta:** Normal

#### DIAGNÓSTICOS ADICIONALES

**Otros - Datos complementarios (Privado):**

**Observaciones:**

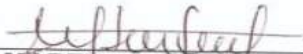
**Recomendaciones personales:** • Conducir con ventanas cerradas

**Recomendaciones laborales:** • Control anual.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, ERIC SANTIAGO MOSQUERA NARVAEZ, identificado con CC 1003894053, autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

**Firma del especialista:**

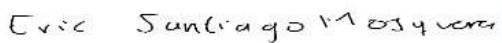
  
 MARTHA LILIANA SANTANA  
 C.C. 55.167.365 de Neiva

MARTHA LILIANA SANTANA LEON  
 FONOAUDIOLOGA  
 CC: 55167365 - Tarjeta prof. # 55167365



Código de verificación  
 161036-V18LY

**Firma del trabajador:**



ERIC SANTIAGO MOSQUERA NARVAEZ  
 CC: 1003894053



Nombre: ERIC SANTIAGO MOSQUERA NARVAEZ

Identificacion: Cc 1003894053

<b>Prueba: Atencion concentrada y resistencia vigilante a la monotonía</b>				
<b>Nro.</b>	<b>Resultado</b>	<b>Estímulo Pedido</b>	<b>Estímulo Contestado</b>	<b>Tiempo (ms)</b>
1	Acierto	Mano derecha	Mano derecha	960
2	Acierto	Pie derecho	Pie derecho	1043
3	Acierto	Pie izquierdo	Pie izquierdo	773
4	Acierto	Mano izquierda	Mano izquierda	453
5	Acierto	Mano derecha	Mano derecha	713
6	Acierto	Pie derecho	Pie derecho	638
7	Acierto	Pie izquierdo	Pie izquierdo	685
8	Acierto	Mano izquierda	Mano izquierda	529
9	Acierto	Mano derecha	Mano derecha	608
10	Acierto	Pie derecho	Pie derecho	731
11	Acierto	Pie izquierdo	Pie izquierdo	629
12	Acierto	Mano izquierda	Mano izquierda	543
13	Acierto	Mano derecha	Mano derecha	586
14	Acierto	Pie derecho	Pie derecho	514
15	Acierto	Pie izquierdo	Pie izquierdo	662
16	Acierto	Mano izquierda	Mano izquierda	443
<b>Totales:</b>		<b>Promedios:</b>		
<b>Aciertos:</b>	<b>16</b>	<b>Tiempo (ms):</b>	<b>656</b>	
<b>Errores:</b>	<b>0</b>	<b>Tiempo Aciertos (ms):</b>	<b>656</b>	
<b>Anticipos:</b>	<b>0</b>			
<b>Sin Rta.:</b>	<b>0</b>			

<b>Prueba: Reacciones múltiples</b>				
<b>Nro.</b>	<b>Resultado</b>	<b>Estímulo Pedido</b>	<b>Estímulo Contestado</b>	<b>Tiempo (ms)</b>
1	Acierto	Mano derecha	Mano derecha	1425
2	Acierto	Nada	Nada	NA
3	Acierto	Pie izquierdo	Pie izquierdo	860
4	Acierto	Pie derecho	Pie derecho	967

<b>Prueba: Reacciones múltiples</b>				
<b>Nro.</b>	<b>Resultado</b>	<b>Estímulo Pedido</b>	<b>Estímulo Contestado</b>	<b>Tiempo (ms)</b>
5	Acierto	Mano izquierda	Mano izquierda	923
6	Acierto	Nada	Nada	NA
7	Acierto	Nada	Nada	NA
8	Acierto	Pie derecho	Pie derecho	1631
9	Acierto	Pie izquierdo	Pie izquierdo	2292
10	Acierto	Nada	Nada	NA
11	Acierto	Mano izquierda	Mano izquierda	1221
12	Acierto	Mano derecha	Mano derecha	777
13	Acierto	Mano derecha	Mano derecha	784
14	Acierto	Mano izquierda	Mano izquierda	763
15	Acierto	Nada	Nada	NA
16	Acierto	Pie derecho	Pie derecho	1729
17	Acierto	Pie izquierdo	Pie izquierdo	915
18	Acierto	Nada	Nada	NA
<b>Totales:</b>			<b>Promedios:</b>	
<b>Aciertos:</b>	<b>18</b>		<b>Tiempo (ms):</b>	<b>1190</b>
<b>Errores:</b>	<b>0</b>		<b>Tiempo Aciertos (ms):</b>	<b>1190</b>
<b>Anticipos:</b>	<b>0</b>			
<b>Sin Rta.:</b>	<b>0</b>			

<b>Prueba: Reacción al frenado</b>			
<b>Nro.</b>	<b>Resultado</b>	<b>Tiempo Parcial (ms)</b>	<b>Tiempo Total (ms)</b>
1	Acierto	341	406
2	Acierto	0	0
3	Acierto	294	345
4	Acierto	0	0
5	Acierto	0	0
6	Sin Respuesta	NA	NA
7	Acierto	328	444
8	Acierto	304	418
9	Acierto	285	367

<b>Prueba: Reacción al frenado</b>			
Nro.	Resultado	Tiempo Parcial (ms)	Tiempo Total (ms)
<b>Totales:</b>		<b>Promedios:</b>	
Detenciones:	5	Tiempo Parcial (ms):	310
Anticipos:	0	Tiempo Total (ms):	396
Sin Rta.:	1		

<b>Prueba: Coordinación visomotriz bi-manual</b>						
Nro.	Izquierda Inicio (ms)	Izquierda Lapso (ms)	Derecha Inicio (ms)	Derecha Lapso (ms)	Conjunto Inicio (ms)	Conjunto Lapso (ms)
1	11058	127	1330	47	1330	47
2			1458	16	1458	16
3			7970	447	7970	447
4					11058	127
<b>Salidas:</b>		<b>Tiempos:</b>		<b>Porcentajes:</b>		
Izquierda:	1	Izquierda (ms):	127	Izquierda:	0.64	
Derecha:	3	Derecha (ms):	510	Derecha:	2.55	
Conjunta:	4	Conjunta (ms):	637	Conjunta:	3.19	
Total:	4	Total (ms):	637			

<b>Prueba: Percepción de la velocidad</b>								
Nro.	Resultado	Sentido	Velocidad (c/s)	Oculto (ms)	Visible (ms)	Respuesta (ms)	Delta (ms)	Delta (c)
1	Acierto	Izquierda	16.00	1250	3625	99	1151	18.42
2	Acierto	Izquierda	16.00	1250	3625	111	1139	18.22
3	Acierto	Izquierda	16.00	1250	3625	142	1108	17.73
4	Acierto	Derecha	16.00	1250	3625	112	1138	18.21
5	Acierto	Derecha	16.00	1250	3625	140	1110	17.76
6	Acierto	Derecha	23.00	869	2521	123	746	17.16
<b>Resultados:</b>								
Aciertos:			6					
Anticipos:			0					
Sin respuesta:			0					
Tiempo de desviación promedio:			1065.33					
Distancia promedio de la desviación:			17.92					

**OBSERVACIONES PREESTABLECIDOS**

ERIC SANTIAGO MOSQUERA NARVAEZ, realiza prueba Psicosenométrica, Demostrando contar con las habilidades y capacidades Psicomotrices pertinentes para la conducción y realización de tareas cotidianas. Se evidencia como una persona activa, atenta a las instrucciones impartidas y concentrada al momento de realizar la prueba. A nivel físico su porte y apariencia es adecuado a su edad, y a nivel mental es coherente de igual manera a su edad, no refiere antecedentes de enfermedades que comprometan su desempeño laboral.



**MARIA PAULA VILLANUEVA CRUZ**  
CC. 1075316008  
T.P 262986  
PSICOLOGA EVALUADORA