

# EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

CRC MEDICAR'S S.A.S

Nit: 900663305-0

Dirección: CLL 42 N. 36-10 BRR, EL PRADO Iotivo Examen: EXAMEN TAMIZAJE

Teléfono: 6343500

Email: medicarsbucaramanga@gmail.com

R. MIN Trans: 0001186

REPS : 680010442901

Fecha de Examen: 09/07/2020

Fecha de Impresión: 10/07/2020 8:57:19 a. m.

Identificación: CC 1098603367

Nombre: JHON JAIRO ALMEIDA RAMIREZ

Examen No: 47888



## EVALUACIÓN MOTRIZ

Prueba	Parámetro	Rango de Aprobación	Resultado
Atención Concentrada	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 0.69 Seg	0,778299 Seg
Atención Concentrada	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.69 Seg	0,779500 Seg
Atención Concentrada	Nro. Errores	<= 5 Err	2 Err
Reacciones Múltiples	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.14 Seg	0,885500 Seg
Reacciones Múltiples	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.14 Seg	0,885500 Seg
Reacciones Múltiples	Nro. Errores	<= 7 Err	1 Err
Coordinación Bimanual	Tiempo Total de Error (T.T.E)	<= 4.83 Seg	0 Seg
Coordinación Bimanual	Nro. Errores	<= 15 Err	0 Err
Reacción al Frenado	Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.75 Seg	0,582499 Seg
Velocidad de Anticipación	Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.83 Seg	0,027200 Seg
INTELIGENCIA PRACTICA:		<= 5	2,260420

### Test Psicológico:

Personalidad: Aprueba  
Coeficiente Intelectual  $\geq 70$ : Aprueba  
¿El Aspirante Aprobó Test Psicológico?: Si

### Observaciones:

APRUEBA. Puntajes adecuados en coordinación motriz y test psicológico.

### Huellas del Profesional



Índice Izquierdo

Índice Derecho

FIRMA DEL PROFESIONAL. RM: 147789  
NIDIA YUDITH PORTILLA DUQUE

Jhon Jairo Almeida R.

FIRMA DEL EVALUADO



**MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD**  
**IPS S.A.S.**  
SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL  
NIT. 900374091-1  
Carrera 29 N° 40-62 Mejoras Publicas  
Tel: 6320435 - 316 4293732 Email: mtsips@hotmail.com



### CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.470

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
9	07	2020	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR	
DÍA	MES	AÑO	Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
OCM S.A.S.			OCM S.A.S.		
Nombre de la empresa			Empresa usuaria		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
ALMEIDA RAMIREZ JHON JAIRO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	34 AÑOS	CC 1098603367
Carga			Tipo Número		
COORDINADOR DE OPERACIONES					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APLAZADO					
Observaciones: PTS+++					
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					N/A
RESTRICCIONES LABORALES			RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL			AUDIOMETRÍA		
VISIOMETRÍA			PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
-----		USO DE EPP : AUTOCUIDADO, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.		HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
ENFASIS EN BIOSEGURIDAD, FRENTE AL COVID -2019. EL TRABAJADOR EXAMINADO EN LA ACTUALIDAD NO PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS: APTO					
<p>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.</p>					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma: BEJARANO GUALDRON RICARDO			Firma: ALMEIDA RAMIREZ JHON JAIRO		
Nombre: BEJARANO GUALDRON RICARDO			Nombre: ALMEIDA RAMIREZ JHON JAIRO		
R. M.: 6898-1993 L.S.O.: 18363			CC: 1098603367		