

EXAMEN PSICOSENSOMÉTRICO

CRC MEDICAR'S S.A.S

Nit: 900663305-0
 Dirección: CLL 42 N. 36-10 BRR. EL PRADO
 Telefono: 6343500
 Email: medicarsbucaramanga@gmail.com
 R. MIN Trans: 0001186
 REPS : 680010442901

Objetivo Examén: EXAMEN TAMIZAJE
 Fecha de Exámen: 09/07/2020
 Fecha de Impresión: 10/07/2020 8:57:19 a. m.
 Identificación: CC 1098603367
 Nombre: JHON JAIRO ALMEIDA RAMIREZ

Exámen No:47888



09/07/2020 4:08:06 p. m.

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 Multiples	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.14 Seg	0,885500 Seg
Reacciones Multiples	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.14 Seg	0,885500 Seg
Reacciones Multiples	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 Anticipacion	Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.83 Seg	0,027200 Seg
INTELIGENCIA PRACTICA:		<= 5	2,260420

Test Psicologico:

Personalidad:	Aprueba
Coeficiente Intelectual >=70:	Aprueba
¿El Aspirante Aprobó Test Psicologico?:	Si

Observaciones:

APRUEBA. Puntajes adecuados en coordinación motriz y test psicológico.

Huellas del Profesional



FIRMA DEL PROFESIONAL. RM: 147789
 NIDIA YUDITH PORTILLA DUQUE

Indice Izquierdo

Indice Derecho

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

Nº 69.470

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
9 DÍA	07 MES	2020 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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
						Tipo	Número
Cargo COORDINADOR DE OPERACIONES							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APLAZADO							
Observaciones: <i>PTS+++</i>							
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							
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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico		Aspirante o Trabajador					
 Ricardo Bejarano Gualdrón Médico y Cirujano Especialista S.C. R.M. 6898-1993 MSP L.S.O.V. 18363/12 UMB		 Jhon Ramirez Alvarado R.					
Firma:		Firma:					
Nombre: BEJARANO GUALDRON RICARDO		Nombre: ALMEIDA RAMIREZ JHON JAIRO					
R. M.: 6898-1993		CC: 1098603367					
L.S.O.: 18363							