

## CERTIFICADO PSICOSENSOMETRICO

SEDE: CENDIATRA CALI SAN FERNANDO

DIRECCIÓN: Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando

CIUDAD DE LA SEDE: CALI

TELÉFONO: 6024851895 - 6024853174

EMAIL: citas.cali2@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-10-30

Nombres y apellidos: ALEXANDER BALANTA LARA

Fecha de nacimiento: 05/12/1967

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: CONDUCTOR

Departamento: VALLE

ARL:

Fondo de Pensiones: NO REFIERE

CC: 16749024

Edad: 57 Sexo: MASCULINO

Fecha ingreso: 2025-10-30 / 02:12:17

Fecha salida: 2025-10-30 / 02:12:17

Actividad Económica: 0010 - ASALARIADOS

EPS: COMFENALCO VALLE E.P.S.



ESTADO:

ESTADO:

APROBADO

MANUEL ESTEBAN MONTANO

CANDELO

CC: 1151954295

RM: N/A

LIC-SST: 4145

Firma y sello del médico

ALEXANDER BALANTA LARA

CC: 16749024

Firma del paciente

### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

## AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

**SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO

**DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando

**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI

**TELÉFONO:**6024851895 - 6024853174

**EMAIL:** citas.cali2@cendiatra.com

**FECHA EXAMEN:**2025-10-30

**CC:**16749024

**Nombres y apellidos:**ALEXANDER BALANTA LARA

**Fecha de nacimiento:**05/12/1967

**Edad:**57 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +

**Teléfono:**3208529609

**Nombre acompañante:**

**Departamento:**VALLE

**ARL:**

**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**CONDUCTOR

**Fecha ingreso:**30/10/2025

**Fecha salida:**30/10/2025

**Teléfono acompañante:**

**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS

**EPS:**COMFENALCO VALLE E.P.S.



## ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

### SECCION 1

ENFERMEDAD DEL OIDO:

NO

EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS:

NO

ALTERACION DE LA AUDICION:

NO

DOLOR DE OIDOS:

NO

DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS CONVERSACIONES:

NO

PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS:

NO

USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS:

NO

REALIZO POLIGONO:

NO

## INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

### SECCION 1

TIEMPO EN EL CARGO (PERIODICO O RETIRO):

N/A

DESCRIPCION (PERIODICO O RETIRO):

N/A

NIVEL DEL RUIDO (PERIODICO O RETIRO):

N/A

TIPO DE PROTECCION (PERIODICO O RETIRO):

N/A

## ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

### SECCION 1

CARGO:

CONDUCTOR

TIEMPO EN EL CARGO:

10 AÑOS

NIVEL DEL RUIDO:

MEDIO

TIPO DE PROTECCION:

NO REQUIERE

## OTOSCOPIA

### SECCION 1

OD:

NORMAL

OI:

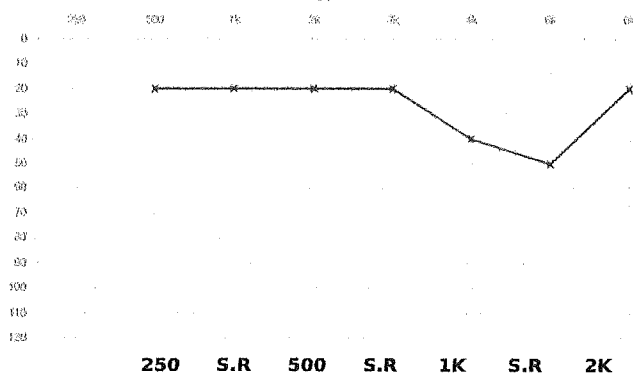
BORMAL

## AUDIOGRAMA

## AUDIOGRAMA VIA AEREA

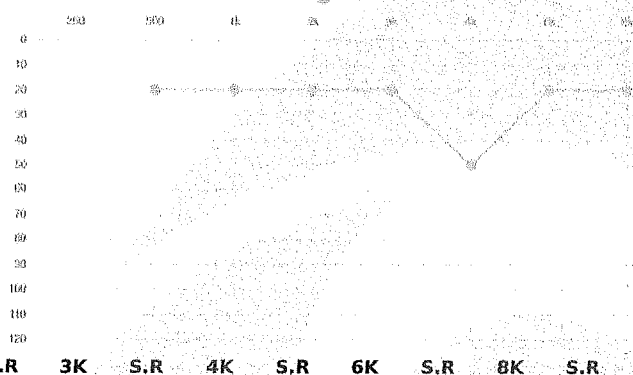
AUDIOGRAMA OIDO IZQUIERDO

X Ruido



AUDIOGRAMA OIDO DERECHO

Y Ruido



## Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

## Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

OD		20		20		20		20		50		20		20	
OI		20		20		20		20		40		50		20	

#### INTERPRETACIÓN

PTA OD (1k, 2K, 3K y 4K)	27.5
PTA OI (1k, 2K, 3K y 4K)	25

#### DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

#### NIVELES DE AUDICION NIOSH 126/1998

NORMAL 24 DB:

HIPOACUSIA LEVE 26-40 DB:

HIPOACUSIA MODERADO 41-55 DB:

HIPOACUSIA MODERADO-SEVERA 56-70 DB:

HIPOACUSIA SEVERA 71-90 DB:

HIPOACUSIA PROFUNDA > 91 DB:

OBSERVACIONES:

BILATERAL

DESCENSO LEVE EN OD EN FREC HZ 4000

DESCENSO MODERADO EN OI EN FREC HZ 4000 Y 6000

#### DIAGNOSTICO

#### SECCION 1

DIAGNÓSTICO 1:

DIAGNÓSTICO 2:

H919: HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA

#### CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

#### SECCION 1

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA:

CONTROL AUDITIVO EN:

LIMPIEZA AUDITIVA:

USO DE E.P.P. AUDITIVO:

VALORACION / CONTROL POR ORL:

EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS:

NO

SI

NO

NO

NO

SI

ANUAL

SE SUGIERE AUDIOMETRIA CLINICA

E.C.B

CC: 1130674238

RM: N/A

LIC-SST: N/A

Firma y sello del médico

ALEXANDER BALANTA LARA

CC: 16749024

Firma del paciente

#### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

#### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

## VISIOMETRIA

**SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO

**DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando

**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI

**TELÉFONO:**6024851895 - 6024853174

**EMAIL:** citas.cali2@cendiatra.com

**FECHA EXAMEN:**2025-10-30

**CC:**16749024

**Nombres y apellidos:**ALEXANDER BALANTA LARA

**Fecha de nacimiento:**05/12/1967

**Edad:**57 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +

**Teléfono:**3208529609

**Nombre acompañante:**

**Departamento:**VALLE

**ARL:**

**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**Empresa:**PARTICULAR

**Empresa usuaria:**

**Cargo:**CONDUCTOR

**Fecha ingreso:**30/10/2025

**Fecha salida:**30/10/2025

**Teléfono acompañante:**

**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS

**EPS:**COMFENALCO VALLE E.P.S.



## ANTECEDENTES

### ANTECEDENTES

**ANTECEDENTES OCULARES:**

ULTIMO CONTROL VISUAL HACE 2 AÑOS

USA LENTES DE DESCANSO - PRESBICIE

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS:**

NIEGA

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

NIEGA

## AGUDEZA VISUAL LEJANA

### AGUDEZA VISUAL LEJANA

**AMBOS OJOS:**

20/20

SIN CORRECCION

**OJO DERECHO:**

20/25

SIN CORRECCION

**OJO IZQUIERDO:**

20/25

SIN CORRECCION

**ESTENOPEICO:**

## AGUDEZA VISUAL CERCANA

### AGUDEZA VISUAL CERCANA

**AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:**

0.75 CM.

CON CORRECCION

**OJO DERECHO VISUAL CERCANA:**

1 MTS.

CON CORRECCION

**OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:**

0.75 CM.

CON CORRECCION

## ESTADO MOTOR

### ESTADO MOTOR

**COVER TEST VL:**

ORTHO

**COVER TEST VP:**

**OBSERVACIÓN:**

## TEST COMPLEMENTARIOS

### VISIÓN CROMATICA

**VISIÓN CROMATICA:**

NORMAL

CON CORRECCION

**ESTEREOPSIS**

**ESTEREOPSIS SEG:**

**CAMPIMETRIA**

**CAMPIMETRIA:**

NORMAL

CON CORRECCION

## DIAGNÓSTICOS

### DIAGNÓSTICOS

**DIAGNÓSTICO 1:**

Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

**DIAGNÓSTICO 4:**

**DIAGNÓSTICO 2:**

H524: PRESBICIA

**DIAGNÓSTICO 5:**

**DIAGNÓSTICO 3:**

## RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

### RECOMENDACIONES

**RECOMENDACIONES:**

SE SUGIERE VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA PARA ACTUALIZACION DE FORMULACION, USO DE GAFAS PARA ACTIVIDADES CERCANAS Y USO DE EPP SEGUN EXPOSICION

### EVOLUCIÓN

**EVOLUCIÓN:**

## Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

## Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

  
Angela Patricia Zuleta  
TAPASCO

ANGELA PATRICIA ZULETA  
TAPASCO  
CC: 1088271702  
RM: N/A  
LIC-SST: N/A  
Firma y sello del médico



ALEXANDER BALANTA LARA  
CC: 16749024  
Firma del paciente

#### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

#### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

**CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO****SEDE:**CENDIATRA CALI SAN FERNANDO**DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando**CIUDAD DE LA SEDE:**CALI**TELÉFONO:**6024851895 - 6024853174**EMAIL:** citas.cali2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2025-10-30**Nombres y apellidos:**ALEXANDER BALANTA LARA**Fecha de nacimiento:**05/12/1967**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**CONDUCTOR**Departamento:**VALLE**ARL:****Fondo de Pensiones:**NO REFIERE**CC:**16749024**Edad:**57 **Sexo:**MASCULINO**Fecha ingreso:**2025-10-30 / 02:51:23**Fecha salida:**2025-10-30 / 02:51:23**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**COMFENALCO VALLE E.P.S.**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

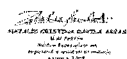
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- PSICOSENSOMETRICO

- VISIOMETRIA

**CONCEPTO DE APTITUD:**

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

  
NATALIE CRISTINA DAVILA ARIAS  
CC: 1130674318  
RM: 765719  
LIC-SST: 1003  
Firma y sello del médico

NATALIE CRISTINA DAVILA ARIAS

CC: 1130674318

RM: 765719

LIC-SST: 1003

Firma y sello del médico



ALEXANDER BALANTA LARA

CC: 16749024


Firma del paciente

**Sedes Bogotá**


Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

**Sedes Nacionales**

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

	<b>CONCEPTO DE EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL</b>		FECHA Y CIUDAD DEL EXAMEN	
			29/10/2025	CALI
			dd / mm / aa	Ciudad
<b>DATOS DEL ASPIRANTE</b>				
<b>BALANTA</b>		<b>LARA</b>		<b>ALEXANDER</b>
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación Tipo: CC Número: 16.749.024
<b>EMPRESA INDEPENDIENTE</b>		<b>CARGO CONDUCTOR</b>		
<b>INGRESO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>			
<b>Aptitud</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	ASPIRANTE <b>SIN</b> RESTRICCIONES PARA EL CARGO		
	<input type="checkbox"/>	ASPIRANTE <b>CON</b> RESTRICCIONES PARA EL CARGO		
	<input type="checkbox"/>	REQUIERE EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS (especifique cuales)		
<b>Tipo de Restricciones o Causas de Aplazamiento:</b>				
NINGUNA				
<b>Recomendaciones:</b>				
ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS ,, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS PARA EL CARGO ASIGNADO				

Certifico que todo lo manifestado por mi en esta historia es veridico y que no he omitido informacion relacionada con mi estado o antecedentes de salud. Los resultados y conceptos del presente examen podrian ser utilizados para el buen cumplimiento del prorgama de Salud Ocupacional, como lo exige la reglamentacion legal vigente. Dejo constancia de haber sido informado por el medico acerca de mis condiciones de salud y concepto del presente examen,



Firma:

Nombre: Dr. Juan Carlos Montua M.

Registro: 2439-91 Lic. SO: 923-2014

**Trabajador**

Firma:

Nombre:

Documento Identificación:

La presente certificacion se expide con base en la Historia Ocupacional del Trabajador, la cual tiene caracter confidencial y su manejo esta regulado por la Resolucion 006398 del 20 de diciembre de 1991. El contenido de la misma no podra comunicarse o darse a conocer, salvo en los siguientes casos: cuando medie mandato judicial, por autorizacion expresa, escrita y con firma del trabajador interesado, y por solicitud de las autoridades competentes de seguridad social, Ministerio de la Proteccion Social. ECOMPE TEL 3022866600 DIR CARRERA 50 5-49 LOCAL 222 CENTRO COMERCIAL PASEO DE LA QUINTA