

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso



Fecha: 31/May/2025, **Hora:** 08:48:02 a.m. **HC:** # 65254 **Edad:** 54 años
Apellido: SANTIAGO GONZALEZ **Nombre:** HIPOLITO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 19614419 **Sexo:** Masculino ♂ **Rh:** O+
Direccion: MZ 13 CASA 25 ARBOLEDA CASAS **Nacim:** 13/Ago/1970
Empresa: Particular
Cargo: No Aplica **Ciudad:** Tolima - Ibagué
Peso: 100 Kg **Estatura:** 183 Cm **IMC:** 29.8 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sin Definir **ARL:** Sin Definir **AFP:** Sin Definir

Exámenes Realizados

Examen Medico de Ingreso Osteomuscular Prueba Psicométrica y de Coordinación Motriz
 Optometría ocupacional Audiometría Ocupacional

Concepto Médico para Examen de Ingreso

Cumple sin restricciones Cumple con recomendaciones Aplazado

Cual: **OSTEOMUSCULAR (NO CASO)**

No Apto

Concepto Médico para Examen de Alturas

Apto Aplazado

Concepto Médico para Examen de Periódico

Puede continuar con su labor Requiere reubicación Requiere restricciones de actividades

Incluir en SVE:

Concepto Médico para Examen de Retiro

Retiro sin Patología aparente Retiro con Patología para seguimiento en EPS ARL

Cual:

Concepto Médico para Examen Especial

Observaciones y Recomendaciones

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS

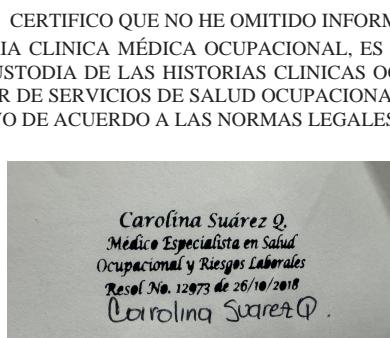
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES DOS VECES AL DIA, HIGIENE DE POSTURA, ESTIRAMIENTOS Y PRECALENTAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE UNA ACTIVIDAD, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

USO DE EPP SEGÚN LA EXPOSICIÓN

CONTROL POR OPTOMETRÍA POR EPS ANUAL

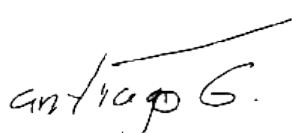
CONTROL ANUAL OCUPACIONAL

USO DE CORRECCIÓN VISUAL PARA LECTURA



CAROLINA SUÁREZ QUINTERO
 MEDICO OCUPACIONAL
 Lic. de S.O #: 12973
 Registro #: 12973

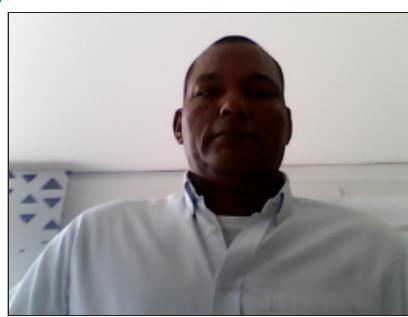



 Hipolito Santiago Gonzalez

HIPOLITO SANTIAGO GONZALEZ
 CC 19614419

Optometría ocupacional

Ingreso



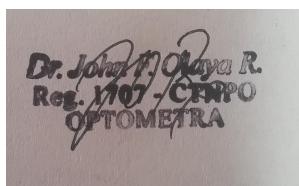
Fecha: 31/May/2025, **Hora:** 08:48:02 a.m. **HC:** # 65254 **Edad:** 54 años
Apellido: SANTIAGO GONZALEZ **Nombre:** HIPOLITO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 19614419 **Sexo:** Masculino ♂ **Rh:** O+
Direccion: MZ 13 CASA 25 ARBOLEDA CASAS **Nacim:** 13/Ago/1970
Empresa: Particular
Cargo: No Aplica **Ciudad:** Tolima - Ibagué
Peso: 100 Kg **Estatura:** 183 Cm **IMC:** 29.8 **Escolaridad:** Técnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sin Definir **ARL:** Sin Definir **AFP:** Sin Definir

Antecedentes												
Personales		Oculares		Visuales								
Patología	Si	No	Patología	OD	OI	Patología	Si	No	Si	No		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pterigios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipermetropia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Astigmatismo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Trigliceridos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Presbicia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ambliopía	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Exposición a Riesgos Ocupacionales												
Químicos (produce alergías)												
Biológicos (agente infeccioso)												
Físicos (iluminación)												
Antamnesis												
S		N		Anamnesis								
Mala Visión de Lejos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipermia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OD:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OD:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Mala Visión de Cerca	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diplopia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OD:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	OD:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dolor Ocular	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Prurito	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Forias Horizontales: NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Forias Verticales: NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ardor	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cefálea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vision de Profundidad: NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vision de Profundidad: NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Astenopia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Visión Cromática: NORMAL						
Agudeza Visual												
Sin Corrección						Con Corrección						
Lejos	OD: 20/20		Lejos	OD: 20/20		OD:	OD: SANO		Examen Externo			
Lejos	OI: 20/20		Lejos	OI: 20/20		OI:	OI: PTERIGIO		Oftalmoscopia			
Cerca	OD: 2M		Cerca	OD: 0.50M		OD:	OD: MEDIOS TRANSPARENTES		Examen Externo			
Cerca	OI: 2M		Cerca	OI: 0.50M		OI:	OI: MEDIOS TRANSPARENTES		Oftalmoscopia			
Valoración Sombras												
OD:	OD: 20/20		OD:	OD: 20/20		OD:	OD: SANO		Examen Externo			
OD:	OI: 20/20		OD:	OI: 20/20		OD:	OI: PTERIGIO		Oftalmoscopia			
Recomendación												
ADD: +200	Optometría <input checked="" type="checkbox"/> Oftalmología <input type="checkbox"/> Control Periódico <input checked="" type="checkbox"/>											

Disposición Final: Sin Restricciones , Con Correcciones y Examen Externo

Observaciones:

RX DE LECTURA DE Y DE PROTECCION UV Y AR



Santiago G.



CamScanner

JOHN FREDY OLAYA ROJAS
OPTOMETRA
Registro #: 1707

HIPOLITO SANTIAGO GONZALEZ
CC 19614419

Audiometria Ocupacional

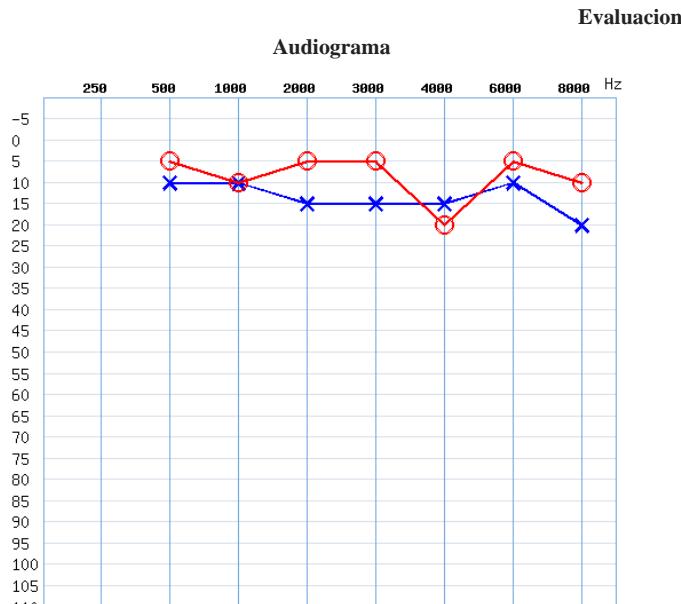
Ingreso



Fecha: 31/May/2025, **Hora:** 08:48:02 a.m. **HC:** # 65254 **Edad:** 54 años
Apellido: SANTIAGO GONZALEZ **Nombre:** HIPOLITO
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 19614419 **Sexo:** Masculino ♂ **Rh:** O+
Direccion: MZ 13 CASA 25 ARBOLEDA CASAS **Nacim:** 13/Ago/1970
Empresa: Particular
Cargo: No Aplica **Ciudad:** Tolima - Ibagué
Peso: 100 Kg **Estatura:** 183 Cm **IMC:** 29.8 **Escolaridad:** Tecnico Profesional **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sin Definir **ARL:** Sin Definir **AFP:** Sin Definir

Salud	Antecedentes de Salud				Otoscopia				
	Otologicos		Actividades Extra Laborales		S		N		
Patologias	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> N	Cirugias	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> N	Instrum. Musica	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> N	Oido Derecho: NORMAL
Tratamientos	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> N	Hipoacusia	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> N	Usa Armas de Fuego	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> N	Oido Izquierdo: NORMAL
Medicamentos	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> N	Otitis	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> N	Vive Zonas con Ruido	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> N	Auriculares

Antecedentes Laborales con Exposicion a Ruido				Convenciones			
Empresa	Cargo	Tiempo	Prot. Auditiva	Convenciones	Oido Derecho	Oido Izquierdo	
NO REFIERE				Conduccion Aerea Conduccion Osea Inaudible	O > ?	X < ?	



Guardar Grafico

Diagnostico	OD	OI	Bilateral
Audicion Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hipoacusia Neurosensorial Gr. I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipoacusia Neurosensorial Gr. II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipoacusia Neurosensorial Gr. III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipoacusia Mixta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipoacusia Conductiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauma Acustico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conducta

Control segun SVE:
 E.P.P. Auditivo segun SVE:
 Audiometria Confirmatoria:
 Valoracion Control por ORI:
 Examenes Complementarios:
 Limpieza Otica: OD: , OI:
 Reposo Auditivo Extralaboral:

P.T.A.

Oido Derecho: **6**, Oido Izquierdo: **12**

Severidad - OAOHC: Normal (0 - 25 dB), Leve (26 - 40 dB), Moderada (41 - 55 dB), Moderada Severa (56 - 70 dB), Severa (71 - 85 dB), Profunda > 85 dB

Diagnostico

O.D.: AUDICION PERIFERICA NORMAL BILATERAL

O.I.:

Observaciones

CONTROL AUDITIVO ANUAL



DIANA MILENA HERRERA ESLAVA

FONOAUDIOLOGA

Registro #: 65318



HIPOLITO SANTIAGO GONZALEZ
CC 19614419



CamScanner

**SERVICIOS EMPRESARIALES COMPETENTES SAS**

Nit 900378855

Cll 19 m2b sector 2 urb prados del norte

Ibagué - Tolima

Servicompetentes SAS

Examen No.	654		
Nombre	HIPOLITO SANTIAGO GONZALEZ	Cargo	Conductor
Identificacion	19614419	Tipo vehículo	Camperos camionetas
Grupo Sanguineo y RH	O+	Servicio	Público
E-mail		Empresa	PARTICULAR
Direccion			
Tipo Licencia	C1		
Edad :	53 AÑOS		
Usa Lentes	No		

**PRUEBA MOTRIZ****Atencion Concentrada y resistencia a la monotonía**

Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)
Max 0.88 Seg 0.38 Seg
Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)
Max 1 Seg 0.38 Seg
Numero de Errores Max 5 Errores

Reacciones Multiples

Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta (TMRR)
Max 1.43 Seg 0.26 Seg
Tiempo Medio de Reaccion en el Acierto (TMRA)
Max 1.33 Seg 0.26 Seg
Numero de Errores Max 8 Errores

Coordinacion Visomotor

Tiempo total en el error (TTE)
Max 46 Seg 0.36 Seg
Porcentaje de Error Sobre el Recorrido
Max 20% 1.29%
Numero de Errores Max 14 Errores 4 Errores

Anticipacion a la velocidad

Tiempo medio de desviacion (Vel 1)
Max 1.40 Seg 0.23 Seg
Tiempo medio de desviacion (Vel 2)
Max 1.01 Seg 0.1 Seg

Reaccion al Frenado

Max 0.60 Seg 0.39 Seg

FECHA DE LA PRUEBA 2025-05-31 10:26:39.0**NUMERO DEL EXAMEN** 654**OBSERVACIONES****APTO PARA CONDUCIR****HIPOLITO SANTIAGO**
FIRMA USUARIO

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD