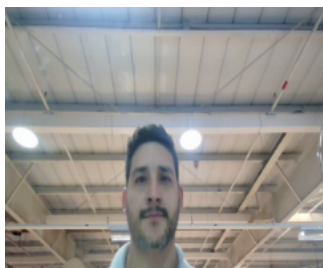


<b>SEDE</b>	CENDIATRA CALI SAN FERNANDO	<b>DIRECCIÓN</b>	CALLE 5 # 38B-35 PISO 1 -EXITO SAN FERNANDO
<b>TELÉFONO</b>	602 4851895	<b>EMAIL</b>	<a href="mailto: citas.calisanfernando@cendiatra.com">citas.calisanfernando@cendiatra.com</a>
<b>FECHA DE EXAMEN</b>	2023-03-06	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PREINGRESO



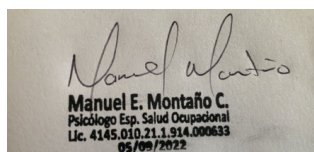
**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

<b>Nombres y Apellidos</b>	SERGIO ANDRES CUELLAR PARRA	Identificación CC	Nro 1107090460
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1995-08-20	<b>Edad</b>	27
<b>Empresa</b>	CLIENTE OCASIONAL	<b>Sexo</b>	M
<b>Cargo</b>	CONDUCTOR		
<b>Fecha Ingreso</b>	2023-03-06 13:55:22	<b>Fecha Salida</b>	2023-03-06 13:55:27

**ESTADO**

**ESTADO**

ESTADO APROBADO



MANUEL ESTEBAN MONTAÑO CANDELO  
RM: 1151954295  
Análisis y concepto Dr(a).



SERGIO ANDRES CUELLAR PARRA  
CC 1107090460  
Firma del trabajador

Cualquier inquietud adicional por favor comunicarse con la Gerencia Operativa Tel: (1) 7443001 Ext. 1116

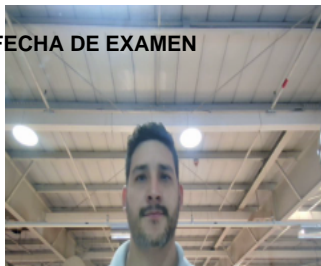
SEDE	CENDIATRA CALI SAN FERNANDO	DIRECCIÓN	CALLE 5 # 38B-35 PISO 1 -EXITO SAN FERNANDO
TELÉFONO	602 4851895	EMAIL	citas.calisanfernando@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN

2023-03-06

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	SERGIO ANDRES CUELLAR PARRA	Identificación CC	Nro 1107090460
Fecha de Nacimiento	1995-08-20	Edad	27
Empresa	CLIENTE OCASIONAL	Sexo	M
Cargo	CONDUCTOR		
Fecha Ingreso	2023-03-06 13:15:38	Fecha Salida	2023-03-06 13:16:22

## TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

## DATOS EMPRESA

## ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

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

TIEMPO EN EL CARGO	INGRESO
DESCRIPCION	TRANSPORTE DE PASAJEROS
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
TIPO DE PROTECCION	NO REQUIERE

## ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO	CONDUCTOR
NIVEL DEL RUIDO	BAJO
TIPO DE PROTECCION	NO REQUIERE

## OTOSCOPIA

OD	NORMAL
OI	NORMAL

## AUDIOGRAMA

## DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB	BILATERAL
--------------	-----------

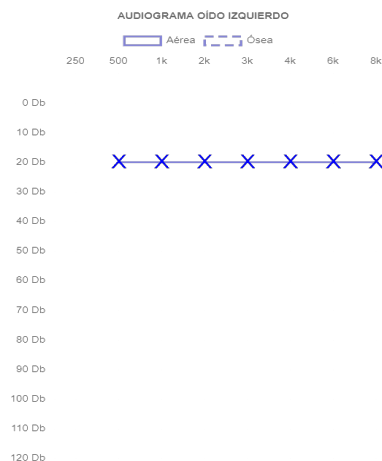
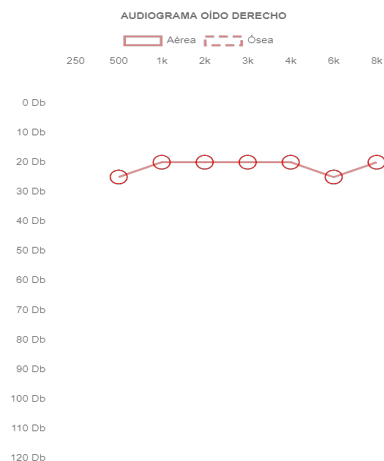
## CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO
CONTROL AUDITIVO EN	SI
	ANUAL

LIMPIEZA AUDITIVA NO  
USO DE E.P.P. AUDITIVO NO  
VALORACION / CONTROL POR ORL NO  
EXAMENES AUDIOLOGICOS NO  
COMPLEMENTARIOS NO

## HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO



## AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				25			20			20			20			20			25			20		
OI				20			20			20			20			20			20			20		

## AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

## AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

## ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

ENFERMEDAD DEL OÍDO NO  
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS NO  
ALTERACION DE LA AUDICION NO  
DOLOR DE OÍDOS NO  
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS NO  
COVERSACIONES NO  
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OÍDOS NO  
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS NO  
REALIZO POLIGONO NO

## INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO INGRESO  
DESCRIPCION TRANSPORTE DE PASAJEROS

NIVEL DEL RUIDO  
TIPO DE PROTECCION

BAJO  
NO REQUIERE

## ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

CARGO  
NIVEL DEL RUIDO  
TIPO DE PROTECCION

CONDUCTOR  
BAJO  
NO REQUIERE

## INTERPRETACION

PTA OD (1K, 2K, 3K y 4K) 20  
PTA OI (1K, 2K, 3K y 4K) 20

## DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

NORMAL 24 DB BILATERAL

## DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1 Z011: Examen de oídos y de la audición

## CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA	NO	
EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA		
CONTROL AUDITIVO EN	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE E.P.P. AUDITIVO	NO	
VALORACION / CONTROL POR ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS	NO	
COMPLEMENTARIOS		

## HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

### Consentimiento Informado del Trabajador:

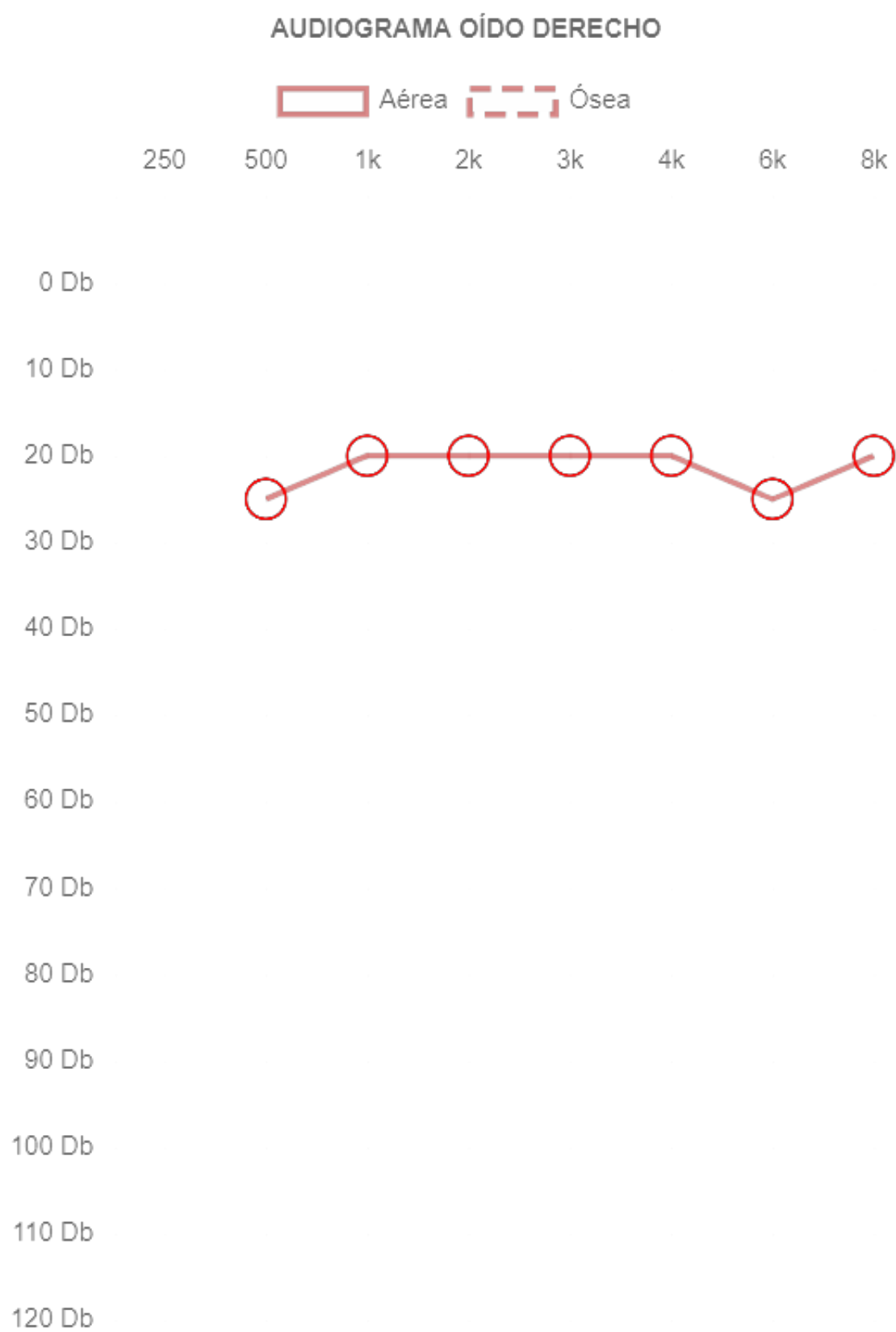
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad 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 medico 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.

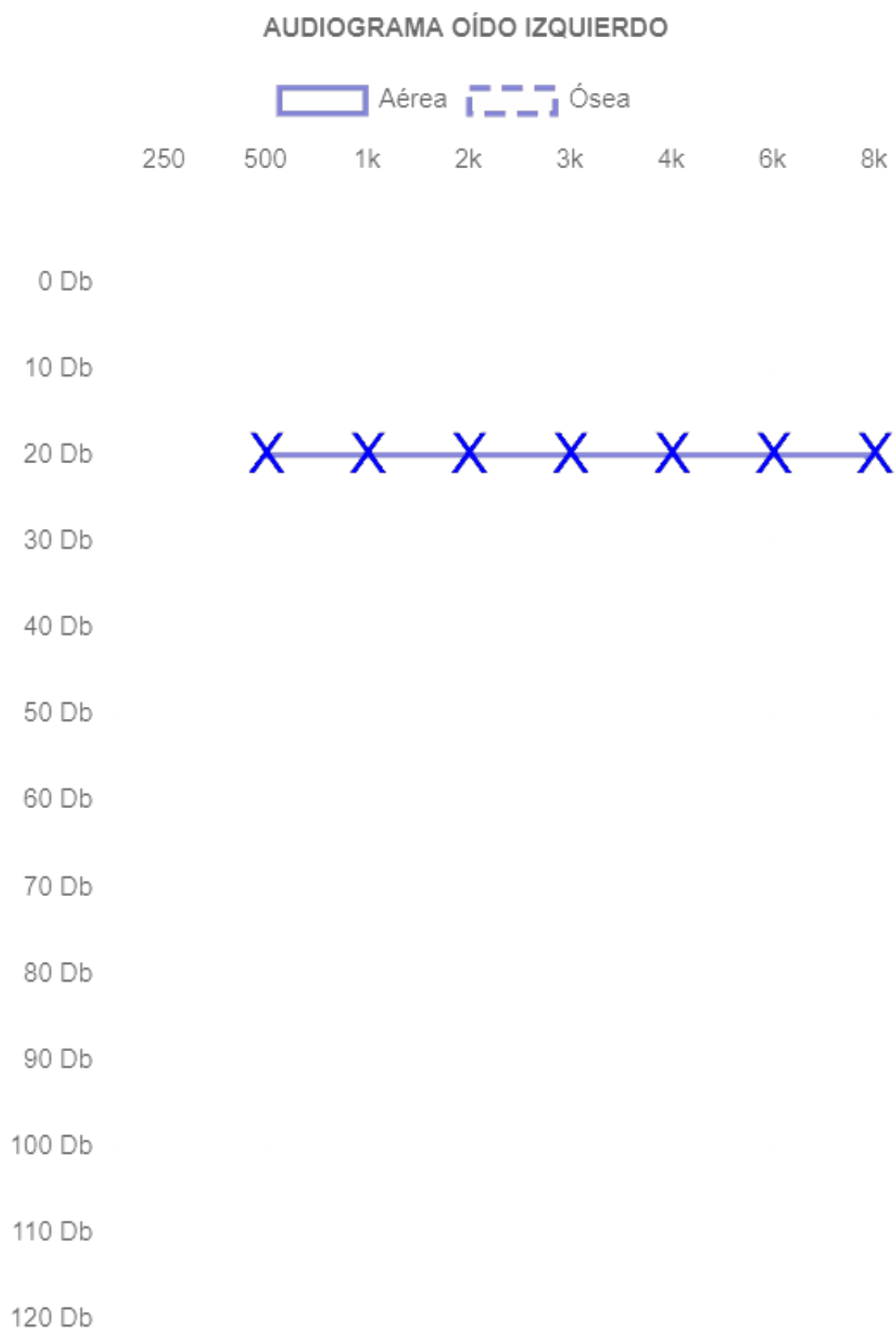
Lady Cerón  
Lady Vanessa Cerón Quilindo  
1061790946  
Fonoaudióloga SST  
02542

LADY VANESSA CERON QUILINDO  
RM: 1061790946  
Firma y sello del médico evaluador



SERGIO ANDRES CUELLAR PARRA  
CC 1107090460  
Firma del trabajador evaluado





**DATOS DEL PACIENTE.**

Cali - Valle ,

Nombres:

Sergio Geller.

Tipo de Documento: CC

J. 1107090960.

Sexo: M

Nacimiento:

20/08/95

Edad:

24

Entidad:

Particular.

Cargo:

Conductor.

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Diabetes		Hipertensión arterial	
Cirugía Ocular		Alergias	
Glaucoma		Otros:	NIO REFCELE

**MOTIVO CONSULTA**

Visión borrosa		Fotofobia	
Ardor		Secreciones	
Lagrimo		Dolor Ocular	
Enrojecimiento		Visión doble	
Prurito		Inversión de números o letras	
Cefalea		Mareo	
Astenopia		Vértigo	
Salto de renglón		Miodesopsias	
Otros	CONTROL.		


**AGUDEZA VISUAL**

VISION LEJOS			VISION CERCA			ESTENOPEICO	
	S.C	C.C		S.C	C.C		S.C
O.D	20		O.D	OFM		O.D	
O.I	12		O.I	OFM		O.I	

**EXAMEN EXTERNO Y MOTOR**

O.D.	HOBANI
O.I.	HOBANI

**COVER TEST**

Lejos:		Cerca:	X	Hirschberg:	ALTRADA
P.P.C:				Motilidad Ocular:	HOBANI

**QUERATOMETRIA**

O.D	
O.I.	

**OFTALMOSCOPIA**

O.D.	FOL
O.I	FOL

ISO 9001:2015

 BUREAU VERITAS  
Certification

CO18.03077



SEDES EN BOGOTÁ - PRINCIPAL: Av. Calle 19 #350, Piso 12, Tel: (601) 744 3001 - 286 53 82

 OTRAS SEDES EN BOGOTÁ: AUTOPISTA NORTE 106 • AUTOPISTA NORTE 83 • AUTOPISTA NORTE 86 • AUTOPISTA SUR • SEDE CENTRO Cra. 5ª • OCCIDENTE Cra. 68 • ZONA FRANCA FONTIBÓN  
SEDES NACIONALES BARRANQUILLA • BUCARAMANGA • BUENAVENTURA • CAJICA • CALI • CARTAGENA DE INDIAS • IBAGUÉ • MANIZALES • MEDELLIN • MONTERIA • PEREIRA • SANTA MARTA • VILLAVICEN

[www.cendiatra.com](http://www.cendiatra.com)

Refracción	Estática	Dinámica	Cicloplejía
O.D. <i>L</i>	20/ <i>72</i>	ADD	AV
O.I. <i>L</i>	20/ <i>72</i>	ADD	AV

Observaciones:

Test adicionales			
Visión cromática	<i>X</i> Normal	Alterada	
Estereopsis	<i>HORNAI</i>	Test	TITMUS
Rx. En uso	OD	OI	

### IMPRESIONES DIAGNOSTICAS.

Diagnóstico	CIE-10	P. Origen
1.- <i>CELESTROPE</i>		
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		

C: Origen Común, EP: Sospecha Enfermedad Profesional.

Observaciones:

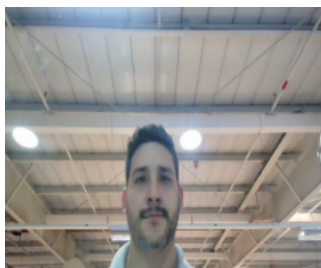
Requiere Fórmula	<input type="checkbox"/>	No Requiere Fórmula	<input checked="" type="checkbox"/>	Valoración Oftalmológica
Control Anual	<input checked="" type="checkbox"/>	Valoración Optométrica	<input type="checkbox"/>	Otra:

*Dr. Alfonso Pineda M.*  
OPTOMETRA U.S.M.  
Reg. 2705 CTNPO

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. ( ):  
Cali - Valle ,



SEDE	CENDIATRA CALI SAN FERNANDO	DIRECCIÓN	CALLE 5 # 38B-35 PISO 1 -EXITO SAN FERNANDO
TELÉFONO	602 4851895	EMAIL	<a href="mailto: citas.calisanfernando@cendiatra.com">citas.calisanfernando@cendiatra.com</a>
FECHA DE EXAMEN	2023-03-06	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Nombres y Apellidos	SERGIO ANDRES CUELLAR PARRA	Identificación CC	Nro 1107090460
Fecha de Nacimiento	1995-08-20	Edad	27
Empresa	CLIENTE OCASIONAL	Sexo	M
Cargo	CONDUCTOR		
Fecha Ingreso	2023-03-06 12:41:00	Fecha Salida	2023-03-06 16:34:55

**EXAMENES**

AUDIOMETRIA TAMIZ	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
EXAMEN OPTOMETRICO	PSICOSENSOMETRICO
ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA)
GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	

**CONCEPTO DE APTITUD**

CONCEPTO DE APTITUD

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**RECOMENDACIONES**

OTRAS:

NO PRESENTA

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

OTROS

NO PRESENTA

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 de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

  
NATALIE CRISTINA DAVILA ARIAS  
R.M 765719  
Médico Especialista en  
seguridad y salud en el trabajo  
Licencia 1003

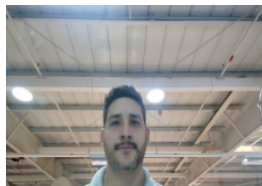
---

DAVILA ARIAS NATALIE DAVILA  
RM: 1130674318  
Firma y sello del médico

---

SERGIO ANDRES CUELLAR PARRA  
CC 1107090460  
Firma del trabajador

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



<b>Nombres y Apellidos</b>	SERGIO ANDRES CUELLAR PARRA	<b>Nro</b>	1107090460
<b>Identificación</b>	CC	<b>Edad</b>	27
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1995-08-20	<b>RH</b>	O -
<b>Genero</b>	M	<b>Escolaridad</b>	Tecnico
<b>Estado civil</b>	Casado	<b>Ciudad</b>	Cali
<b>Estrato</b>	3	<b>Telefono</b>	3175400681
<b>Direccion</b>		<b>Tel_Acompañante</b>	
<b>Acompañante</b>		<b>Cargo</b>	CONDUCTOR
<b>Empresa</b>	CLIENTE OCASIONAL	<b>Sede</b>	CENDIATRA CALI SAN FERNANDO
<b>Ciudad - Sede</b>			

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

RESULTADO	
RESULTADO	RITMO SINUSAL NORMAL
HISTORIA MANUAL	
FORMATO MANUAL	NO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

### Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional 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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.



\_\_\_\_\_  
E.C. B  
RM: 1  
Firma y sello del médico evaluador

\_\_\_\_\_  
SERGIO ANDRES CUELLAR PARRA  
Documento: CC 1107090460  
Firma del trabajador



Cendiatra

Calle 18Norte No.4N-47

Barrio san fernando

Fecha: 06/03/2023.

Nombre:

Sergio Coellar.

CC:

1107090460

particular.

SERVICIO DE ELECTROCARDIOGRAMA

80 MM MEDICAL PAPER

ID:1107090460

Nombre:

27 Años

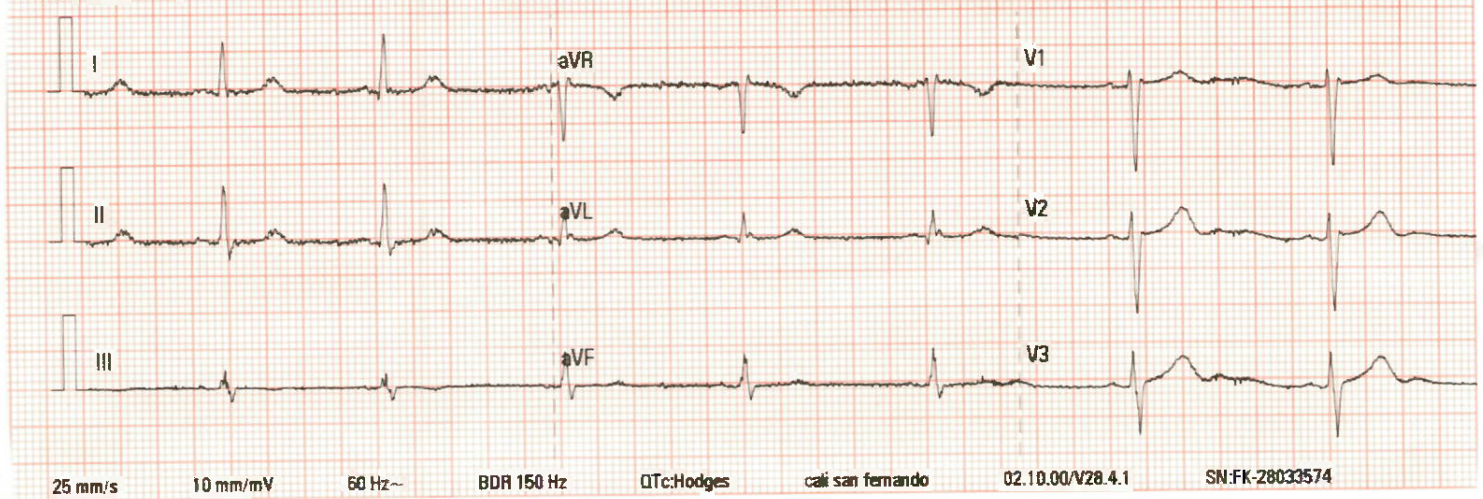
Hombre

06-03-2023 01:47:26 PM

80 MM MEDICAL PAPER

80 MM MEDICAL PAPER

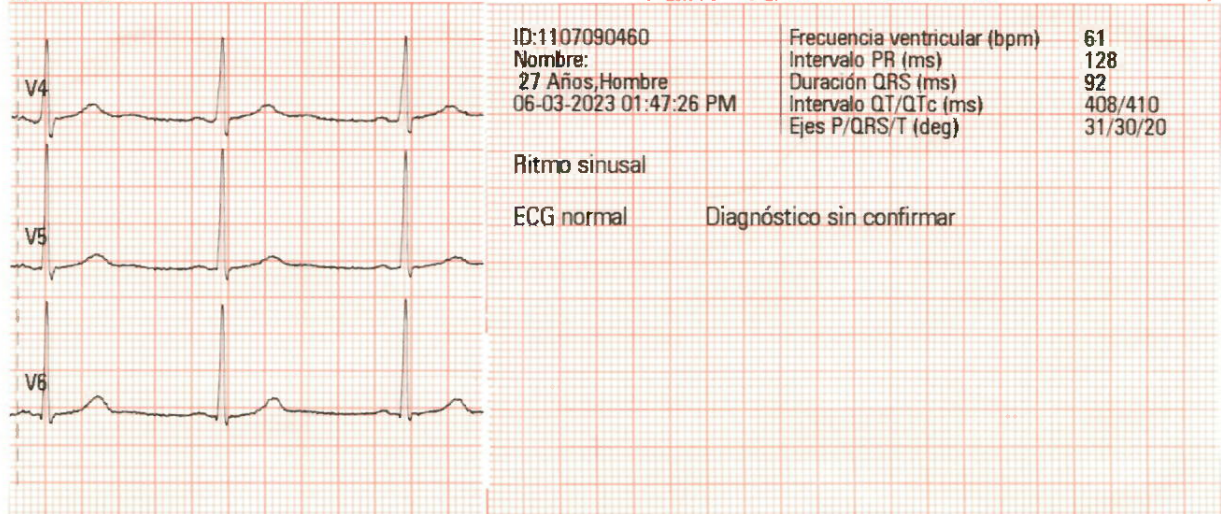
80 MM MEDICAL PAPER



80 MM MEDICAL PAPER

80 MM MEDICAL PAPER

80 MM MEDICAL PAPER





---

**COMUNICACIÓN INTERNA**

---

Página 1 de 1

**PARA:** Sergio Andrés Cuellar Parra

**ASUNTO:** Remisión a EPS

**COPIAS:** Carpeta interna

**FECHA:** 06/03/2023

---

Cordial Saludo,

Teniendo en cuenta las recomendaciones que están consignadas en el certificado de aptitud médica, emitida por el médico especialista en Salud ocupacional, recomendaciones:

- SE SUGIERE CONTROL PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Le recordamos que la obligación del trabajador es: cumplir con los lineamientos del SG SST como está establecido en el contrato, el incumplimiento conllevará a aplicación de proceso administrativo por presunto incumplimiento de contrato.

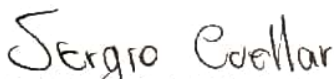
Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en la reglamentación que regula el SG-SST, la actividad de la empresa, así como las políticas fijadas por el SG-SST y el contrato con la empresa ADONITRANS S.A.S., da pena para dar inicio al procedimiento sancionatorio por incumplimiento de contrato.

Quedamos atentos a la espera de los soportes que evidencien de manera periódica el tratamiento por parte de la EPS con fecha máxima 3 meses. Lo anterior con fundamento en los art. 58 y 62 del código sustantivo del trabajo que a la letra indican.

Cordialmente,

VALENTINA OCHOA HERNÁNDEZ  
Coordinadora de TH

Coord. SST

  
FIRMA DEL COLABORADOR