



# EVALUACIÓN PSICOSENSOMÉTRICA Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

**Cendiatra**

**SEDE**

CENDIATRA CALI SAN FERNANDO  
602 4851895

**DIRECCIÓN**  
**EMAIL**

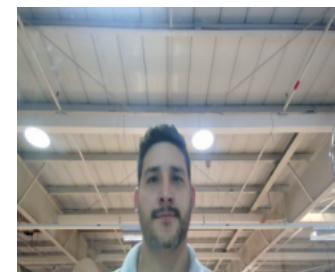
CALLE 5 # 38B-35 PISO 1 -EXITO  
SAN FERNANDO  
citas.calisanfernando@cendiatra.co  
m

**TELÉFONO**

2023-03-06

**TIPO DE EXAMEN**

PREINGRESO



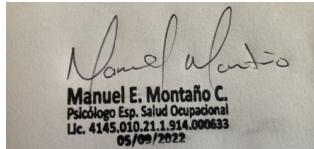
## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

<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 CANDEO

RM: 1151954295

Analisis 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

<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>	citas.calisanfernando@cendiatra.com
<b>FECHA DE EXAMEN</b>	2023-03-06	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PREINGRESO
<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE</b>			
<b>Nombres y Apellidos</b>		SERGIO ANDRES CUELLAR PARRA	
<b>Fecha de Nacimiento</b>		1995-08-20	<b>Edad</b>
<b>Empresa</b>		CLIENTE OCASIONAL	
<b>Cargo</b>		CONDUCTOR	
<b>Fecha Ingreso</b>	2023-03-06 13:15:38	<b>Fecha Salida</b>	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 COVERSACIONES	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



Cendiatra

# HISTORIA CLINICA AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de impresión: 2023/03/06  
[www.cendiatra.com](http://www.cendiatra.com)

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

## HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO



## AUDIOGRAAMA 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		

## AUDIOGRAAMA 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 OIDO NO  
 EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS NO  
 ALTERACION DE LA AUDICION NO  
 DOLOR DE OIDOS NO  
 DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES NO  
 PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS NO  
 USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS NO  
 REALIZO POLIGONO NO

## INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO  
 DESCRIPCION

INGRESO  
 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

**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 médico 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.

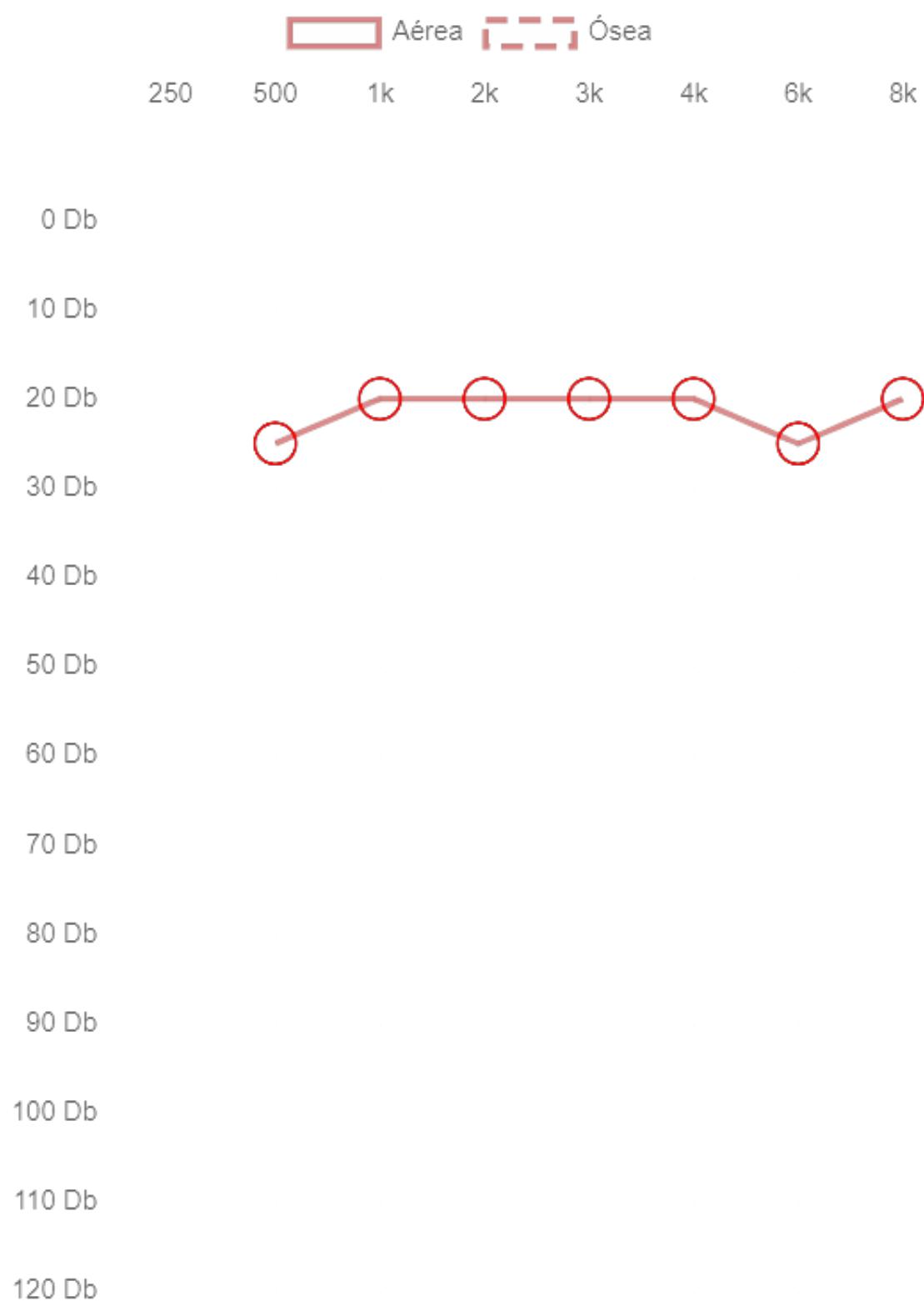
Lady Ceron  
Lady Vanessa Ceron Quilindo  
1061790946  
Fonoaudiología SST  
02542



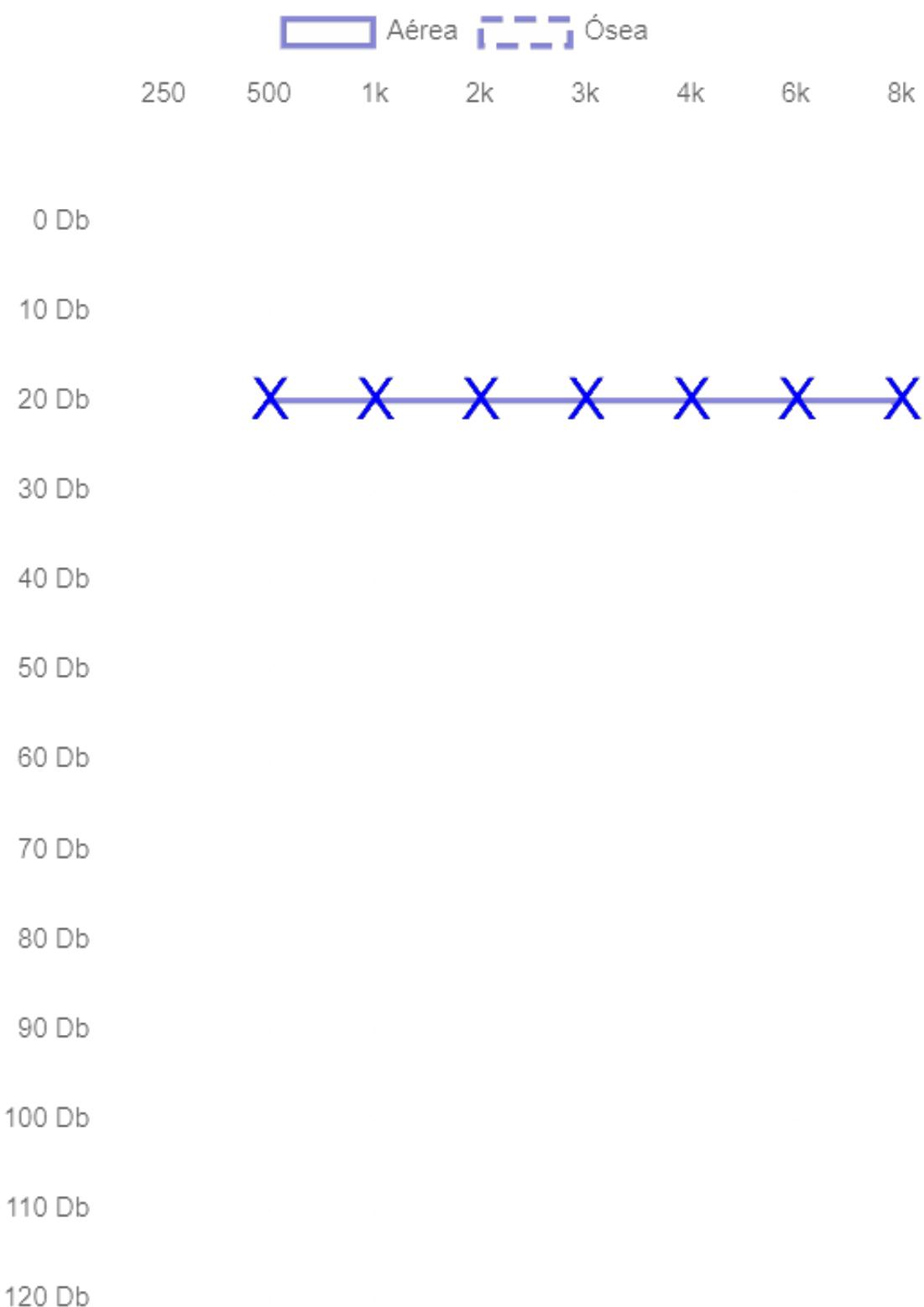
LADY VANESSA CERON QUILINDO  
RM: 1061790946  
Firma y sello del médico evaluador

SERGIO ANDRES CUELLAR PARRA  
CC 1107090460  
Firma del trabajador evaluado

### AUDIOGRAMA OÍDO DERECHO



### AUDIOGRAMA OÍDO IZQUIERDO



**DATOS DEL PACIENTE.**
**Nombres:**

Sergio Weller.

Cali - Valle.

**Tipo de Documento:** CC

J.1107090460.

**Sexo:** M. **Nacimiento:**

20/08/95

**Edad:** 27.

**Entidad:** Particular.

**Cargo:** Conductor.

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Diabetes	Hipertensión arterial
Cirugía Ocular	Alergias
Glaucoma	Otros: NO REPERCUE

**MOTIVO CONSULTA**

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

**AGUDEZA VISUAL**

	VISION LEJOS		VISION CERCA		ESTENOPEICO
	S.C	C.C	S.C	C.C	
O.D	20/20		O.D	20/20	O.D
O.I	20/20		O.I	20/20	O.I

**EXAMEN EXTERNO Y MOTOR**

O.D. 20/20

O.I. 20/20

**COVER TEST**

Lejos: ✓

Cerca: X

Hirschberg:

P.P.C:

Motilidad Ocular:

 20/20/20  
20/20/20

**QUERATOMETRIA**

O.D.

O.I.

**OFTALMOSCOPIA**

O.D. 20/20

O.I. 20/20

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. 53 • OCCIDENTE Cra. 68 • ZONA FRANCA FONTIBÓN

SEDES NACIONALES BARRANQUILLA • BUCARAMANGA • BUENAVENTURA • CAJICA • CALI • CARTAGENA DE INDIAS • IBAGUÉ • MANIZALES • MEDELLIN • MONTERIA • PEREIRA • SANTA MARTA • VILLAVICENCIO

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	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Alterada <input type="checkbox"/>	
Estereopsis	<i>HOLPIA</i>	Test <input type="checkbox"/>	TITMUS <input type="checkbox"/>
Rx. En uso	OD		OI

**IMPRESIONES DIAGNOSTICAS.**

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

C: Origen Común, EP: Sospecha Enfermedad Profesional.

Observaciones:

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

*Dr. Alfonso Pineda M.  
OPTOMETRISTA U.S.M.  
Ruc 27000000000*

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



**Cendiatra**

**CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE  
INGRESO**

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203  
Teléfono: (57 1) 7443001  
Web: [www.cendiatra.com](http://www.cendiatra.com)  
Email: [contactenos@cendiatra.com](mailto:contactenos@cendiatra.com)

<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>	citas.calisanfernando@cendiatra.co m
<b>FECHA DE EXAMEN</b>	2023-03-06	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PREINGRESO
<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE</b>			
	<b>Nombres y Apellidos</b> SERGIO ANDRES CUELLAR PARRA	<b>Identificación CC</b>	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 12:41:00	<b>Fecha Salida</b>	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 presenta 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>Identificación</b>	CC	<b>Nro</b>	1107090460
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1995-08-20	<b>Edad</b>	27
<b>Genero</b>	M	<b>RH</b>	O -
<b>Estado civil</b>	Casado	<b>Escolaridad</b>	Tecnico
<b>Estrato</b>	3	<b>Ciudad</b>	Cali
<b>Direccion</b>		<b>Telefono</b>	3175400681
<b>Acompañante</b>		<b>Tel_Acompañante</b>	
<b>Empresa</b>	CLIENTE OCASIONAL	<b>Cargo</b>	CONDUCTOR
<b>Ciudad - Sede</b>		<b>Sede</b>	CENDIATRA CALI SAN FERNANDO

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 paraclinicas 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



**Cendiatria**

Calle 18Norte No.4N-47

Barrio san fernando

Fecha: 06/03/2023.

Nombre: Sergio Coelar.

CC: 1107090460

Particular.

**SERVICIO DE ELECTROCARDIOGRAMA**

PairMed 80 MM MEDICAL PAPER

ID:1107090460

Nombre:

PairMed 80 MM MEDICAL PAPER

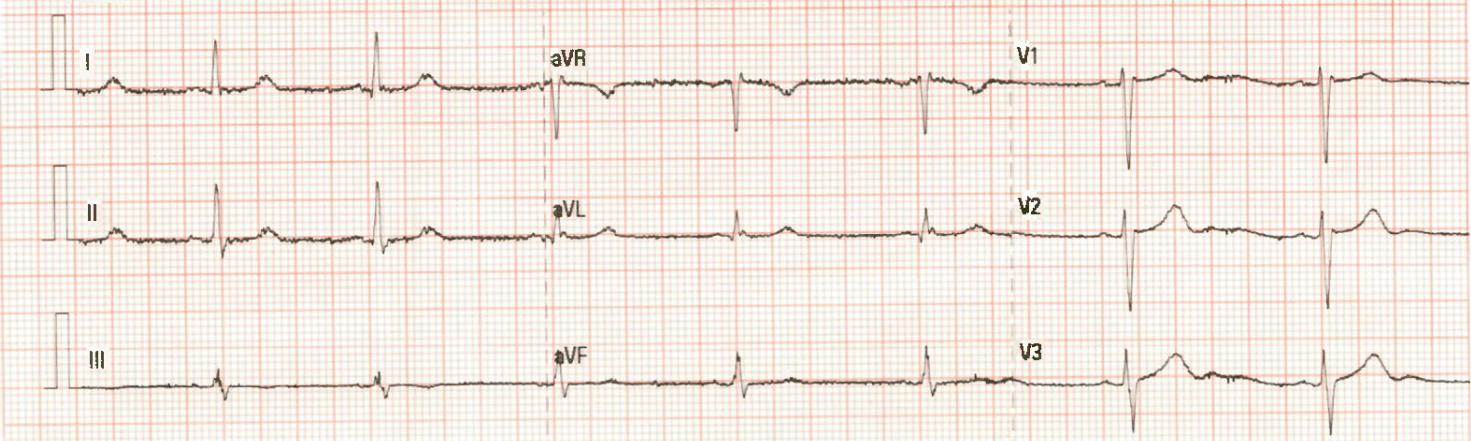
27 Años

Hombre

06-03-2023 01:47:26 PM

PairMed 80 MM MEDICAL PAPER

Pa



25 mm/s

10 mm/mV

60 Hz~

BDR 150 Hz

QTc:Hodges

cañ san fernando

02.10.00/V28.4.1

SN:FK-28033574

PairMed 80 MM MEDICAL PAPER

V4

V5

V6

PairMed 80 MM MEDICAL PAPER

ID:1107090460

Nombre:

27 Años, Hombre

06-03-2023 01:47:26 PM

Frecuencia ventricular (bpm)

61

Intervalo PR (ms)

128

Duración QRS (ms)

92

Intervalo QT/QTc (ms)

408/410

Ejes P/QRS/T (deg)

31/30/20

Ritmo sinusal

ECG normal

Diagnóstico sin confirmar



## 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



Carrera 34 # 5b 2 – 25 / Teléfonos: 322 393 9913

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