



TIAN IPS S A S
Nit: 900293402-9
Sede: 1. PALMIRA
Direccion: CRA 26 # 32-124 B/ LA TRINIDAD
Telefono: 6022870707 EXT 101
Email: servicliente@tianips.com

**INFORMACION GENERAL**

Fecha Atencion 2025-04-16 08:18:38

42712

Nombres y Apellidos: HOOVER NIEVA NIEVA
Identificación: CC
Fecha de Nacimiento: 1961-05-15
Género: M
RH: O +
Estado civil: SOLTERO
Estrato: 2
Dirección: CORREGIMIENTO MATAPALO
EPS: EPS SALUD TOTAL SA
AFP: COLPENSIONES
Acompañante:
Empresa : CLIENTE PARTICULAR
Sede: 1. PALMIRA

Número: 6626671
Edad: 63
Identidad de Género: MASCULINO
Ciudad - Sede: PALMIRA
Escolaridad: BACHILLER
Ciudad: PALMIRA
Teléfono: 3186561276
ARL: NINGUNA
Tel. Acompañante:
Cargo: CONDUCTOR

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Examen	Resultado	Examen	Resultado
1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	NO PRESENTA RESTRICCIONES	2. OPTOMETRIA OCUPACIONAL	SU CAPACIDAD VISUAL ACTUAL ES INSUFICIENTE Y REQUIERE CORRECCIÓN
3. AUDIOMETRIA	SU CAPACIDAD AUDITIVA ES ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN	4. PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NORMAL

CONCEPTO

CONCEPTO NO PRESENTA RESTRICCIONES

CONCEPTO ESPECIFICO

OSTEOMUSCULAR DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN DISPONIBLE Y EL EXAMEN REALIZADO SE CLASIFICA COMO NO CASO

SEGURIDAD VIAL APTO PARA INGRESAR AL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL

RECOMENDACIONES**GENERALES**

VISUAL SE LE RECOMIENDA SOLICITAR EN SU ENTIDAD DE SALUD, EVALUACIÓN Y PLAN DE MANEJO DE SU PATOLOGÍA VISUAL POR OPTÓMETRA|ANTES DE INICIAR SUS LABORES DEBE TENER SU FÓRMULA DE CORRECCIÓN ÓPTICA Y LABORAR CON LENTES

AUDITIVO CONTROL AUDIOLÓGICO CADA AÑO

OBSERVACIONES FINALES**ORGANOS DE LOS SENTIDOS**

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES PRESENTA UNA ALTERACIÓN AUDITIVA QUE NO LE GENERA RESTRICCIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR DEFICIENCIA AUDITIVA QUE ACTUALMENTE PARA EXPONERSE A RUIDO. DEBE TENERSE EN CUENTA EL USO Estricto DE PROTECCIÓN AUDITIVA, CON EL SEGUIMIENTO Y LA AUDITORÍA AL ADECUADO USO DE LA PROTECCIÓN Y CON CONTROLES AUDIOMÉTRICOS ACORDE CON LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA (SG-SST). DEBE SOLICITAR EN SU ENTIDAD DE SALUD EVALUACIÓN OCUPACIONALES PARA ESTABLECER EL PLAN DE MANEJO PERTINENTE.

ÉNFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE CONTROL PERIODICO:

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamenta la practica de las evaluaciones médicas de control periódico con el objeto de monitorear la exposición a los factores de riesgo ocupacional e identificar posibles alteraciones temporales, permanentes o agravamiento del estado de salud del trabajador, ocasionadas por la labor o por el medio ambiente de trabajo, y para detectar precozmente enfermedades de origen común, con el fin de establecer un manejo preventivo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO DE CONTROL PERIODICO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la Resolución 1918 de junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo



TIAN IPS S A S
Nit: 900293402-9
Sede: 1. PALMIRA
Direccion: CRA 26 # 32-124 B/ LA TRINIDAD
Telefono: 6022870707 EXT 101
Email: servicliente@tianips.com



requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Hoover Nieva

DIANA CAROLINA CHAVEZ ROA
29681614
RM: RETHUS NRO. 29681614 DEL 13/04/2011, LICENCIA SST
- RESOLUCIÓN NRO. 1669 DEL 31/08/2018
Firma y sello del médico evaluador

HOOVER NIEVA NIEVA
Documento: 6626671
Firma del trabajador



HISTORIA CLINICA AUDIOMETRIA

Fecha de impresión: 2025/04/16

www.tianips.com.co

TIAN
Servicio Humano Para Humanos

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	HOOVER NIEVA NIEVA	Número:	6626671
Identificación:	CC	Edad:	63
Fecha de Nacimiento:	1961-05-15	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Ciudad - Sede:	PALMIRA
RH:	O +	Escolaridad:	BACHILLER
Estado civil:	SOLTERO	Ciudad:	PALMIRA
Estrato:	2	Teléfono:	3186561276
Dirección:	CORREGIMIENTO MATAPALO	ARL:	NINGUNA
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA		
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		Tel. Acompañante:	
Empresa:	CLIENTE PARTICULAR	Cargo:	CONDUCTOR
Sede:	1. PALMIRA		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR,SEGURIDAD VIAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

TIENE ANTECEDENTES	NO
EMPRESA 1	
EMPRESA	ACUAOCCIDENTE
ANTIGUEDAD	34 AÑOS
CARGO	OPERADOR DE DISTRIBUCIÓN
EXPUESTO A RUIDO	NO
USO DE E.P.P.	NO
TIPO	NO APLICA
EMPRESA 2	
TIPO	NO APLICA
EMPRESA 3	
TIPO	NO APLICA

ANTECEDENTES AUDITIVOS

PERSONALES

CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE
HIPOACUSIA	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	NO REFIERE
MENINGITIS	NO REFIERE
OTALGIA	NO REFIERE
OTITIS	NO REFIERE
OTORRAGIA	NO REFIERE
OTORREA	NO REFIERE
OTOTOXICOS	NO REFIERE
PARALISIS FACIAL	NO REFIERE
PAROTIDITIS	NO REFIERE
PRURITO	NO REFIERE
RINITIS	NO REFIERE
SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA	NO REFIERE
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE
SINUSITIS	NO REFIERE
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO REFIERE
TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)	NO REFIERE
TINITUS - ACUFENOS	NO REFIERE
VERTIGO	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE
VIBRACION CONTINUA	NO



HISTORIA CLINICA AUDIOMETRIA

Fecha de Impresión: 2025/04/16

www.tianips.com.co

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

USO DE AUDIFONOS PERSONALES	NO
DISCOTECA (CADA 8 DIAS)	NO
INSTRUMENTOS MUSICALES	NO
MOTOCICLISMO	SI
SERVICIO MILITAR	SI
JUGAR TEJO	NO
POLIGONO	SI
USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO	NO
OTROS	NO

ANTECEDENTES MEDICOS

CONSUMO DE CIGARRILLO	NO
DIABETES	NO
ENFERMEDADES AUTOINMUNES (ARTRITIS REUMATOIDES, LES)	NO
EXPOSICION A EXPLOSIONES	NO
EXPOSICION A QUIMICOS	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
HIPOTIROIDISMO	NO
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	NO
TUMORES S.N.C.	NO
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	NO
TUBERCULOSIS	NO
OTROS	NO

OTOSCOPIA

PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL
PABELLON AURICULAR - OI	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OI	NORMAL
TAPON CERUMEN - OD	NO
TAPON CERUMEN - OI	NO
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO
PERFORACION TIMPANICA - OI	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OD	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OI	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OD	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OI	NO
SUPURACION - OD	NO
SUPURACION - OI	NO
CUERPOS EXTRANOS - OD	NO
CUERPOS EXTRANOS - OI	NO

AUDIOGRAMA

EXAMENES PARACLINICOS

PARACLINICOS

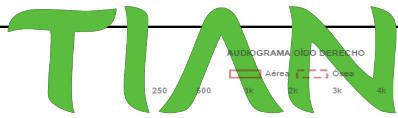
CONCEPTO SU CAPACIDAD AUDITIVA ES ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN



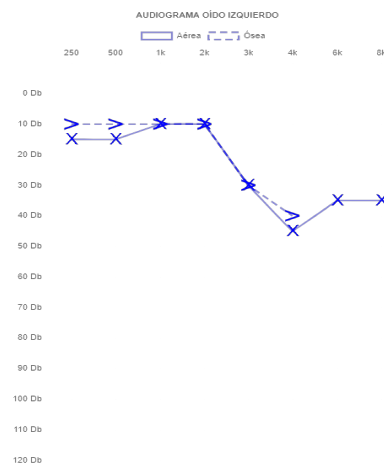
HISTORIA CLINICA AUDIOMETRIA

Fecha de Impresión: 2025/04/16

www.tianips.com.co



Servicio Humano Para Humanos



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	15			15			10			10			35			30			25			15		
OI	15			15			10			10			30			45			35			35		

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	10			10			10			10			30			30								
OI	10			10			10			10			30			40								

AUDIOMETRIA BASE

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

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL NO

INTERPRETACION

PTA OD (500, 1K, 2K y 3K) 17.5
PTA OI (500, 1K, 2K y 3K) 16.25

ANALISIS COMPARATIVO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO OD H932: Otras percepciones auditivas anormales
DIAGNOSTICO OI H932: Otras percepciones auditivas anormales
OBSERVACIONES AUDIOMETRIA OÍDO DERECHO: Audición dentro de parámetros de normalidad con PTA de 17.5 dBHL presentando descensos leves en las frecuencias de 3 K y 4 KHz. OÍDO IZQUIERDO: Audición dentro de parámetros de normalidad con PTA de 16.25 dBHL presentando descensos leves en las frecuencias de 3K, 6K y 8 KHz, y descenso moderado en la frecuencia de 4KHz.

EXAMENES PARACLINICOS

PARACLINICOS SU CAPACIDAD AUDITIVA ES ADECUADA PARA LA OCUPACIÓN
CONCEPTO



HISTORIA CLINICA AUDIOMETRIA

Fecha de Impresión: 2025/04/16

www.tianips.com.co

RECOMENDACIONES

Servicio Humano Para Humanos

CONTROL AUDITIVO SEGUN P.V.E.

X

CONducir con VENTANILLA CERRADA

X

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.

Rashell G.
Rashell Geerman Barón
Fonoaudióloga
T.P. 1007002877
Universidad del Valle

+Hoover Nieva



RASHELL GEERMAN BARON
1007002877
RM: RETHUS NRO. 1007002877 DEL 25/07/2023
Firma y sello del médico evaluador

HOOVER NIEVA NIEVA
Documento: 6626671
Firma del trabajador

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	HOOVER NIEVA NIEVA	Número:	6626671
Identificación:	CC	Edad:	63
Fecha de Nacimiento:	1961-05-15	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Ciudad - Sede:	PALMIRA
RH:	O +	Escolaridad:	BACHILLER
Estado civil:	SOLTERO	Ciudad:	PALMIRA
Estrato:	2	Teléfono:	3186561276
Dirección:	CORREGIMIENTO MATAPALO	ARL:	NINGUNA
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA		
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		Tel. Acompañante:	
Empresa:	CLIENTE PARTICULAR	Cargo:	CONDUCTOR
Sede:	1. PALMIRA		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR,SEGURIDAD VIAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA			
TIPO EXAMEN			
ENFASIS	OSTEOMUSCULAR, SEGURIDAD VIAL,		
DATOS EMPRESA			
EMPRESA CONTRATANTE		EMPRESA USUARIA	
CARGO			
ANTECEDENTES OCUPACIONALES			
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO	OBSERVACIONES	NO REFIERE
EN LA EMPRESA ACTUAL			
ILUMINACION DEL TRABAJO	NORMAL	USO DE PROTECCION VISUAL	NO
RIESGO QUIMICO	NO	RIESGO FISICO	NO
RIESGO MATERIAL PARTICULADO	NO	RIESGO ILUMINACION	NO
EXPOSICION A SOLVENTES	NO	ACCIDENTE OCULAR	NO
EXPOSICION A RADIACION NO IONIZANTE	SI	EXPOSICION A RADIACION IONIZANTE	NO
EXPOSICION A TEMPERATURAS	NO	EXPOSICION A MATERIAL EN	NO
EXTREMAS		PROYECCION	
EXPOSICION A VIDEO TERMINALES	NO	OTROS	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES			
ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	OBSERVACIONES	NO REFIERE
ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES			
ACCIDENTE OCULAR	NO	ALTERACIONES TIROIDEAS	NO
AMBLIOPIA	NO	CATARATAS	NO
CIRUGIA OCULAR	NO	DEFECTOS REFRACTIVOS	NO
DIABETES MELLITUS	NO	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	NO
ESTRABISMO	NO	FARMACOLOGICOS	NO
GLAUCOMA	NO	HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO
PATOLOGICOS	NO	PATOLOGIA OCULAR	NO
PTERIGIO	NO	QUIRURGICOS	NO
RINITIS	NO	TRATAMIENTOS ORTOPTICOS	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	OTROS	NO
OBSERVACIONES	NINGUNO		
LENSOMETRIA			
USO CORRECCION VISUAL	NO	ULTIMO CONTROL VISUAL	ENTRE 6 MESES A 1 AÑO
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA	NO APLICA	RX OD	NA
DURANTE EL EXAMEN?			
RX OI	NA		
SINTOMATOLOGIA			
ASINTOMATICO	NO	ARDOR	SI
ASTENOPIA VISION PROXIMA	NO	ASTENOPIA VISION LEJANA	NO
CANSANCIO	SI	CEFALEA	NO
DISMINUCION AV LEJOS	NO	DISMINUCION AV CERCA	SI
DESVIACION OCULAR	NO	DOLOR OCULAR	NO
ENROJECIMIENTO	NO	EPIFORA	NO
FOTOFOBIA	NO	INVERSION DE NUMEROS Y/O LETRAS	NO
LAGRIMEO	NO	MAREO	NO
PRURITO	NO	RESEQUEEDAD	NO
SECRECION	NO	SALTO DE RENGLONES	NO
VERTIGO	NO	VISION DOBLE	NO
OTROS	NO		
AGUDEZA VISUAL			
VISION LEJANA			
SIN CORRECCION OD	20/20	CON CORRECCION OD	
SIN CORRECCION OI	20/20	CON CORRECCION OI	
SIN CORRECCION AO	20/20	CON CORRECCION AO	
SIN CORRECCION P.H. OD		SIN CORRECCION P.H. OI	
VISION PROXIMA			
SIN CORRECCION OD	2M	CON CORRECCION OD	
SIN CORRECCION OI	2M	CON CORRECCION OI	
SIN CORRECCION AO	2M	CON CORRECCION AO	
EXAMEN EXTERNO			

OJO DERECHO	NORMAL	OJO IZQUIERDO	NORMAL
OFTALMOSCOPIA			
OJO DERECHO	NORMAL	OJO IZQUIERDO	NORMAL
MOTILIDAD OCULAR			
COVER TEST LEJOS	NORMAL	COVER TEST CERCA	NORMAL
PPC	NORMAL	REFLEJOS PUPILARES	NORMAL
OBSERVACIONES	SEGMENTO ANTERIOR NORMAL AO. TEST ISHIARA: NORMAL.		
PRUEBAS SENSORIALES			
ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO	60 SEGUNDOS DE ARCO		
QUERATOMETRIA			
OJO DERECHO	NA	OJO IZQUIERDO	NA
REFRACCION			
DISTANCIA PUPILAR	NA		
RETINOSCOPIA			
OJO DERECHO	N	OJO IZQUIERDO	N
AVL OD	20/20	AVL OI	20/20
ADD OD	+2.75	ADD OI	+2.75
AVP OD	0.5M	AVP OI	0.5M
SUBJETIVO Y AFINACIONES			
OJO DERECHO	N	OJO IZQUIERDO	N
AVL OD	20/20	AVL OI	20/20
ADD OD	+2.75	ADD OI	+2.75
AVP OD	0.5M	AVP OI	0.5M
PRESCRIPCION FINAL			
OJO DERECHO	N	OJO IZQUIERDO	N
AVL OD	20/20	AVL OI	20/20
ADD OD	+2.75	ADD OI	+2.75
AVP OD	0.5M	AVP OI	0.5M
DIAGNOSTICO			
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	H524: Presbicia	DIAGNOSTICO 1	
DIAGNOSTICO 2		DIAGNOSTICO 3	
IMPRESION DIAGNOSTICA	Su capacidad visual actual es insuficiente y requiere corrección		
OBSERVACIONES DE LA PRESCRIPCION OPTICA			
CORRECCION OPTICA		REQUIERE CORRECCION OPTICA PERSONAL	VISION PROXIMA
REQUIERE CORRECCION OPTICA DE SEGURIDAD	VISION PROXIMA	USO DE FILTRO	
SE ENTREGA FORMULA DE CORRECCION OPTICA			
EXAMENES PARACLINICOS			
PARACLINICOS			
CONCEPTO	SU CAPACIDAD VISUAL ACTUAL ES INSUFICIENTE Y REQUIERE CORRECCIÓN		
RECOMENDACIONES			
REMISION			
OFTALMOLOGIA		OBSERVACIONES	
CONTACTOLOGIA		OBSERVACIONES	
ORTÓPTICA		OBSERVACIONES	
OTROS		OBSERVACIONES	
GENERALES			
USO DE CORRECCIÓN OPTICA	SI	OBSERVACIONES	RX USO SOLO CERCA
LUBRICANTE OCULAR	SI	OBSERVACIONES	
CONTROL ANUAL	SI	OBSERVACIONES	
TRATAMIENTO OPTICO		OBSERVACIONES	
HIGIENE PALPEBRAL		OBSERVACIONES	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CONFIRMATORIA		OBSERVACIONES	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CORRECCION OPTICA ACTUALIZADA O EN USO		OBSERVACIONES	
SE REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA DE PERCEPCION CROMATICA		OBSERVACIONES	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CONCEPTO Y RESULTADOS DEL ESPECIALISTA		OBSERVACIONES	
OTROS		OBSERVACIONES	
OCUPACIONALES			
ERGONOMIA VISUAL		OBSERVACIONES	
PAUSAS ACTIVAS OCULARES		OBSERVACIONES	
PROTECCION ULTRAVIOLETA	SI	OBSERVACIONES	
USO DE MONTURA DE SEGURIDAD		OBSERVACIONES	
CORRECCION OPTICA	SI	OBSERVACIONES	RX USO SOLO CERCA
CONTROLES			
MENSUAL		BIMENSUAL	
TRIMESTRAL		SEMESTRAL	

ANUAL	SI
-------	----

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.



DANIEL ALFONSO BECERRA SABOGAL
1143850513
RM: RETHUS Nro. 1143850513 del 20/11/2017
Firma y sello del médico evaluador

+Hoover Nieva

HOOVER NIEVA NIEVA
Documento: CC 6626671
Firma del trabajador

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	HOOVER NIEVA NIEVA	Número:	6626671
Identificación:	CC	Edad:	63
Fecha de Nacimiento:	1961-05-15	Identidad de Género:	MASCULINO
Género:	M	Ciudad - Sede:	PALMIRA
RH:	O +	Escolaridad:	BACHILLER
Estado civil:	SOLTERO	Ciudad:	PALMIRA
Estrato:	2	Teléfono:	3186561276
Dirección:	CORREGIMIENTO MATAPALO	ARL:	NINGUNA
EPS:	EPS SALUD TOTAL SA	Tel. Acompañante:	
AFP:	COLPENSIONES	Cargo:	CONDUCTOR
Acompañante:			
Empresa:	CLIENTE PARTICULAR		
Sede:	1. PALMIRA		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR,SEGURIDAD VIAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA			
TIPO EXAMEN			
CIUDAD DE ATENCIÓN	PALMIRA		
DATOS EMPRESA			
EMPRESA CONTRATANTE		EMPRESA USUARIA	
CARGO		PROFESION U OCUPACION	CONDUCTOR
FECHA INGRESO			
RESULTADOS			
Concepto	EL PACIENTE HOOVER NIEVA NIEVA DE 63 AÑOS PRESENTA UN PERFIL PSICOLÓGICO ESTABLE, PERO EN LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA OBTUVO UNA PEQUEÑA ALTERACIÓN EN UNA DE LAS FASES, IMPIDIENDO OBTENER LA CALIFICACIÓN MÁXIMA POSIBLE. COMO CONCLUSIÓN, SE EMITE EL CONCEPTO DE APTO PARA EL EJERCICIO Y/O TAREAS DE CONDUCCIÓN.		
ADJUNTOS			
OBSERVACIONES ADJUNTO 1	NIVEL 2: (INCIPIENTE), SE OBSERVAN ALGUNAS DISTORSIONES EN LAS APTITUDES DEL EVALUADO QUE IMPIDEN EL DESEMPEÑO ÓPTIMO. BAJO LA PERSPECTIVA DE SEGURIDAD VIAL, EL CONDUCTOR REPRESENTA EN LAS VÍAS UN RIESGO BAJO O MUY BAJO, EL CUAL LO HACE APTO PARA LA CONTINUIDAD DEL EJERCICIO.	OBSERVACIONES ADJUNTO 2	
OBSERVACIONES ADJUNTO 3		OBSERVACIONES ADJUNTO 4	
OBSERVACIONES ADJUNTO 5		OBSERVACIONES ADJUNTO 6	
OBSERVACIONES ADJUNTO 7		OBSERVACIONES ADJUNTO 8	
OBSERVACIONES ADJUNTO 9		OBSERVACIONES ADJUNTO 10	
EXAMENES PARACLINICOS			
PARACLINICOS			
CONCEPTO	NORMAL		

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.



EDUAR ANTONIO HENAO ZAMORA
18371684
RM: RETHUS Nro. 18371684 del 20/03/2015, Licencia SST -
Resolución Nro. 63-3534 del 17/05/2022
Firma y sello del médico evaluador

Hoover Nieva

HOOVER NIEVA NIEVA
Documento: CC 6626671
Firma del trabajador

Documentos adjuntos. Para consultarlos de clic en los siguientes enlaces:

[TCPDF TMP WloOpc](#)