

Nombres **JOSE ABRAHAM BELTRAN**  
Doc CC19468563  
Sexo M  
F Nacim 1962-01-03  
Ocup ADMIN CONDUCTOR  
Fecha 2025-02-12

HSEQ-UMLV SAS  
HSEQ Bogota  
900891785-1  
\*\*  
Tel.

## Resumen de Resultados Test Psico-Motriz

Parámetro	Rango de Aprobación	Resultado
<b>Atención Concentrada</b>		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 0.690 Seg.	0.515
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.690 Seg.	0.517
Num. Errores	<= 5 Errores	1
<b>Reacciones Múltiples</b>		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.140 Seg.	1.018
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.140 Seg.	1.018
Num. Errores	<= 7 Errores	0
<b>Reacción al Frenado</b>		
Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.750 Seg.	0.627
<b>Coordinación Bimanual - Motricidad Fina</b>		
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 4.830 Seg.	0.443
Num. Errores	<= 15 Errores	3
<b>Velocidad de Anticipación</b>		
Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.830 Seg.	0.19

### Trazabilidad de la Medida

Documento	Fecha	Modelo	Serie #	Firmware	Prueba #	Form#	Baremo
CC19468563	2025-02-12 07:14:36	AGX-PT3	3047	2.0.0.18A		PT3-04	BPT-2

### Observaciones:

APROBO PRUEBA TEST Psico-Motriz; El participante demostró un buen desempeño durante la prueba exhibiendo habilidades destacadas en áreas cognitivas y motoras.

Servicios Ordenados:	Status/Certificado
PALL - Aptitudes Psico-Motrices (Todos) [3]	Aprobado

*Juan David Paz Vela*  
C.C. 80.734.200  
Psicólogo U.Inca  
T.P. 110934

**Juan David Paz Vela**  
Psicólogo, TP. 110934

**JOSE ABRAHAM BELTRAN**  
Evaluado

## Certificado de aptitud laboral Ingreso con énfasis osteomuscular



Fecha: 12/Feb/2025, Hora: 06:55:45 a.m.

Apellido: BELTRAN

Tipo Doc: CC

Empresa: PARTICULAR

Cargo: CONDUCTOR

Dirección: DIG 16 B NO 108 25 INT 10 APT 201

Teléfono: Celular: 3118552133 Email: Estado Civil: Casado (a)

Ciudad: BOGOTÁ D.C

Peso: 77 Kg Estatura: 162 Cm IMC: 29.3 Escolaridad: BACHILLER Jornada Laboral: DIURNA

EPS: SANIDAD MILITAR ARL: AFP:

Responsable: - Parentesco: - Teléfono:

Nombre: JOSE ABRAHAM

Nro Identidad: 19468563

HC: # 92193

Edad: 63 años

Sexo: Masculino ♂

Nacim: 03/Ene/1962

Rh: O+

### Exámenes Realizados

☐ Audiometría clínica

☐ Audiometría ocupacional

☐ Coprológico

☐ Espirometría

☐ Glicemia

☐ Optometría

☐ Perfil lipídico

☐ Vestibular

☒ Visiometría

Otros: Osteomuscular, Prueba psicosenso-métrica

### Recomendaciones Específicas

Control eps, Uso corrección óptica permanente, Dieta balanceada, control por nutrición

### Resumen Resultados

#### Examen

Visiometría  
Osteomuscular

#### Resultado

USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE- LAGRIMAS ARTIFICIALES  
Examen Osteomuscular Normal, Movimiento Y Fuerza Conservados Y Adecuados

### Concepto

Apto con recomendaciones

Apto para el cargo de conducción

### Recomendaciones Personalizadas

Dieta y ejercicio  
continuar control médico tratante  
control anual optometría

### Observaciones

Licencia De Conducción No. 19468563

Sin Restricciones

El trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa.

*Mayra Alejandra Guerrero R.*  
Mayra Alejandra Guerrero R.  
Médico Especialista en Salud Ocupacional  
Lic. S.O. 3720/05052023  
R.M. 1016078181

Mayra alejandra guerrero rojas  
Médico 2  
Lic. de S.O #: 3720/23

Jose abraham beltran  
CC 19468563

Huella  
Digital



Fecha: 12/Feb/2025, Hora: 06:55:45 a.m.

Apellido: BELTRAN

Tipo Doc: CC

Empresa: PARTICULAR

Cargo: CONDUCTOR

Direccion: DIG 16 B NO 108 25 INT 10 APT 201

Telefono: Celular: 3118552133 Email: Estado Civil: Casado (a)

Ciudad: BOGOTA D.C

Peso: 77 Kg Estatura: 162 Cm IMC: 29.3 Escolaridad: BACHILLER Jornada Laboral: DIURNA

EPS: SANIDAD MILITAR ARL: AFP:

Responsable: - Parentesco: - Telefono:

HC: # 92193

Edad: 63 años

Sexo: Masculino ♂

Nacim: 03/Ene/1962

Rh: O+

Ultimo Examen Visual ☐ Usa Anteojos No ☐ VL ☐ VP ☐ PC ☐ Bifocal ☐ Progresivo ☐ Filtros ☐

Frecuencia de Uso: Permanente ☐ Ocasional ☐ , Usa proteccion ocular, gafas de seguridad o mascarilla? No ☐

Cirugías? No, Cuál? ☐

Accidentes Oculares No, Cuál? ☐

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

Salto de Región	<input type="checkbox"/>	Disminución Visual de Cerca	<input type="checkbox"/>	Ardor Ocular	<input type="checkbox"/>
		Disminución Visual de Lejos	<input type="checkbox"/>		
Fotofobia	<input type="checkbox"/>	Disminución Visual de Cerca	<input type="checkbox"/>	Cansancio Ocular	<input type="checkbox"/>
		Disminución Visual de Lejos	<input type="checkbox"/>		
Asintomático	<input type="checkbox"/>	Resequedad Ocular	<input type="checkbox"/>	Plurito Ocular	<input type="checkbox"/>
Lagrimo	<input type="checkbox"/>	Cefaleas	<input type="checkbox"/>	Irritación	<input type="checkbox"/>

Antecedentes Personales y/o Familiares: NINGUNO

A.V.	SC	VL	AV	VP	CC	VL	VP	RX EN USO	PH
OD		20/30			20/20		0.5		
OI		20/70			20/25		0.5		

COVER TEST VL: ORTHO VP: PPC:

EXAMEN EXTERNO: NORMAL

OD	Normal	Oftalmoscopia	Normal	NORMALNORMAL	Normal	Estercopsis
OI	Normal		Normal			

## QUERATOMETRIA

OD OI

## REFRACCIÓN

OD OI SUBJETIVO

No requiere corrección óptica	<input type="checkbox"/>	OD	<input type="checkbox"/>	OI	<input type="checkbox"/>	Emetropía	<input type="checkbox"/>	OD	<input type="checkbox"/>	OI	<input type="checkbox"/>
Defecto refractivo adecuadamente corregido	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ametropía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminución Visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto refractivo no corregido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gafas no formuladas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Valoracion por Optometría ☐ Valoracion por Oftalmología ☐ Uso RX ☐ Uso EPP ☐Pausas Activas ☐ Lentes de Seguridad con RX ☐ Otros ☐

Observaciones/Recomendaciones

USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE- LAGRIMAS ARTIFICIALES

Emetrope ☐ Ametropia ☒ Hiperplasia Conjuntiva ☐ Hiperemia Conjuntival ☐Alteración percepción del color ☐ Otros ☐

DX:

*(Firma)*  
Yenny Liliana Garcia Zambrano

www.unidadmedicallaborvital.com

ISA No. 17 A - 44 / Pbx 6013458470 6012983537

91.765