

LABORATORIO CLÍNICO

**ALIANZA EXÁMENES
EMPRESARIALES OCUPACIONALES
Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA**



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	27/11/2023	BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	POMPILIO APONTE RODRIGUEZ		Identificación:	79584643
Género	MASCULINO	Edad: 52	Teléfono	
Fecha Nacimiento:	09/10/1971		Cargo:	CONDUCTOR (A)
Estado Civil:	CASADO(A)		EPS:	COMPENSAR
Dirección	CALLE 23C # 70 50		Escolaridad:	BACHILLERATO
Empresa	GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S			

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA	81.6 mg/dl	70 - 105 mg/dl	

MÉTODO:

Enzimático colorimetrico

Elsa Jeaneth
Elsa Jeaneth Pardo P.
Bacteriologa Uniandes
Reg. 51.628.324

Rael *PF*

ELSA JEANETH PARDO PEDRAZA

51628324

POMPILIO APONTE RODRIGUEZ

79584643

Profesional

Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ PARA LA CONDUCCION DE VEHICULOS



Evaluacion Medica Para Conductores IPS SAS NIT: 900420447-5
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES

ISO/IEC 17024:2012 11-CEP-031

Evaluacion Medica Para Conductores IPS SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	Cra 13a NO 28 - 38 L-152,153,154,156,157 Bogotá
TELEFONO:	7498585-9370289
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 0002155 08 Julio 2015
SEC. SALUD-REGISTRO HABILITACION: OSD	110012216002

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA

			INFORMACION IPS-RUNT
APPELLIDOS	APONTE RODRIGUEZ	FECHA DE EVALUACION:	2023-11-27
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	FECHA DE CERTIFICACION:	2023-11-27
ESTADO CIVIL:	UNION LIBRE	FECHA DE IMPRESION:	2023-11-27
EDAD:	53	NUMERO CERTIFICADO RUNT:	N/A
OCCUPACION:	EMPLEADO	NUMERO CERTIFICADO O.C.:	N/A
DIRC DOMICILIO:	CLL 23C #7C -50	NUMERO DE FACTURA:	N/A
EMPRESA		TIPO DE SANGRE Y RH:	O-
		NOMBRES:	POMPILIO
		NUMERO DE DOCUMENTO:	79584643
		FECHA DE NACIMIENTO:	1998-10-09
		SEXO:	MASCULINO
		RESIDENCIA:	BOGOTA
		TELEFONO CELULAR:	3112151973
		TELEFONO ACOMPAÑANTE:	N/A
		TIPO DE VINCULACION:	LABORAL

CERTIFICADO PSICOSENSOMETRICO

PSICOLOGIA:

CONCEPTO:	NOMBRE PSICOLOGIA:	R.M.:
PACIENTE QUE EVIDENCIA SEGUN LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOSENSOMETRICAS BIENESTAR FISICO, MENTAL Y SOCIAL PARA UN BUEN DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES LABORALES	GERALDINE TAFUR	100572832

ITEM	PARAMETROS	RANGOS	RESULTADO	VALORACION
ATENCION CONCRETADA	TIEMPO MEDIO DE REACCION DE RESPUESTA	MAX 690 MS	460	LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL CUESTIONARIO Y PRUEBA PSICOMETRICA (PERSONALIDAD, INTELIGENCIA, SUSTACIAS PSICOACTIVAS, ATENCION CONCENTRADA Y REACCIONES) SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES.
	NUMERO DE ERRORES	MAX 5 ERRORES	1	
REACCIONES MULTIPLES	TIEMPO MEDIO DE REACCION DE RESPUESTA	MAX 1140 MS	851	
	NUMERO DE ERRORES	MAX 15 ERRORES	5	
COORDINACION BIMANUAL	TIEMPO TOTAL DE ERROR	MAX 4830 MS	0	
	NUMERO DE ERRORES	MAX 15 ERRORES	0	
REACCION AL FRENO	TIEMPO MEDIO DE REACCION	MAX 750 MS	587	
PERCEPCION DE LA VELOCIDAD	TIEMPO PROMEDIO	MAX 830 MS	549	

839

CONCEPTO FINAL: De acuerdo a la prueba Psicosensometrica realizada por el candidato, se establece que cuenta con los rangos y valores APTOS. para ejercer el cargo sin ninguna recomendación.	94
--	----

Geraldine Tafur
Firma profesional en psicología

GERALDINE TAFUR

Declaro, bajo la gravedad de juramento que el dictamen se ajusta a la realidad medica del usuario

Firma usuario certificado

"Declaro bajo la gravedad de juramento que la informacion suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial medico o diagnostico clinico, corresponden estrictamente apegio a la verdad"



[Ir al inicio](#)

RESULTADO DEL CUESTIONARIO

Datos del Usuario			
Fecha 2023-11-27	Nombres Pompilio	Apellidos Aponte Rodríguez	Tipo Doc. CC
Detalles del cuestionario			
Bloque	Resultado		Núm. Preguntas
Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	3		3
Control de impulsos	3		3
Trastorno de personalidad	3		3
Abuso de alcohol	3		3
Dependencia del alcohol	3		3
Esquizofrenia	3		3
Trastornos inducidos por alcohol	3		3
Consumo habitual de drogas y medicamentos	3		3
Abuso de drogas y medicamentos	3		3
Dependencia de drogas y medicamentos	3		3
Trastornos inducidos por drogas y medicamentos	3		3
12. Información	3		3
Trastornos por comportamiento perturbador	3		3
Disociativa	3		3
15. Comprensión	2		3
16. Aritmética	2		3
17. Trastornos del sueño	3		3
Semejanzas	3		3
Trastornos debido a enfermedad médica	3		3
Vocabulario	3		3
Trastornos del estado de ánimo	3		3
Área	Resultado	Total, Preguntas	Calificación
Personalidad	27	27	Aprobado
Sustancias	21	21	Aprobado
Inteligencia	13	15	CI 89-95 Apto
Observaciones			

Geraldine Taflor.

Firma evaluador

27 de noviembre de 2023, Bogotá D.C.

Nombre: POMPILIO APONTERODRIGUEZ

Nº de Documento: CC 79584643

Prueba: Atención Concentrada Y Resistencia Vigilante A La Monotonía

TOTALES:	PROMEDIOS:
Aciertos: 58	Tiempo (ms): 460
Errores: 2	Tiempo Aciertos (ms): 458
Anticipos: 2	
Sin Rta.: 0	
Total: 1	

Prueba: Reacciones Múltiples

TOTALES:	PROMEDIOS:
Aciertos: 31	Tiempo (ms): 851
Errores: 5	Tiempo Aciertos (ms): 867
Anticipos: 0	
Sin Rta.: 0	
Total: 5	

Prueba: Reacción Al Frenado

TOTALES:	PROMEDIOS:
Detenciones: 10	Tiempo Parcial (ms): 587
Anticipos: 0	Tiempo Total (ms): 587
Sin Rta.: 0	

Prueba: Coordinación Visomotriz Bi-Manual

Salidas:	Tiempos:	Porcentajes:
Izquierda: 0	Izquierda (ms): 0	Izquierda: 0.00
Derecha: 0	Derecha (ms): 0	Derecha: 0.00
Conjunta: 0	Conjunta (ms): 0	Conjunta: 0.00
Total: 0	Total (ms): 0	

Prueba: Percepción De La Velocidad

Resultados:
Aciertos: 6
Anticipos: 0
Sin respuesta: 0
Tiempo de desviación promedio: 549
Distancia promedio de la desviación: 5.49

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

**ALIANZA EXÁMENES
EMPRESARIALES OCUPACIONALES
Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA**



ALIANZA EXAMENES
NIT: 900101623-7

EXAMEN OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79584643-56435

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/11/2023	BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	POMPILIO APONTE RODRIGUEZ		Identificación:	79584643
Género	MASCULINO	Edad:	52	Teléfono
Fecha Nacimiento:	09/10/1971		Cargo:	CONDUCTOR (A)
Estado Civil:	CASADO(A)		EPS:	
Dirección	CALLE 23C # 70 50		Escolaridad:	BACHILLERATO
Empresa	GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S		Peso:	75
Empresa en Misión:	GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S		Talla:	170
			IMC:	26

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA

1. CONTROL TRIMESTRAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. CONDUCIR CON AUDIFONO Y CON VENTANAS CERRADAS, 4. SEGUIMIENTO CON ESPECIALISTA POR EPS, 5. EVITAR AMBIENTES RUIDOSOS, 6. INGRESAR AL S.V.E.

VISIOMETRÍA

1. SEGUIR CON CORRECCIÓN PERMANENTE
2. CONTROL ANUAL VISIONMETRÍA

MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USAR CORRECCIÓN VISUAL, VALORACIÓN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y AUDIOLÓGICA. EVITAR EXPOSICIÓN A AMBIENTES RUIDOSOS. REQUIERE EXÁMENES AUDIOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS CON EPS, REQUIERE AUDIOMETRÍA CLÍNICA, CONTROL SEGÚN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. UTILIZAR PROTESIS AUDITIVA PERMANENTE (AUDIFONO).

GLICEMIA

PSICOSENSOMÉTRICO

PACIENTE QUE EVIDENCIA SEGUN LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOSENSOMÉTRICAS BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL PARA UN BUEN DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES LABORALES.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO A LA FECHA PARA DESEMPENAR EL CARGO CON RESTRICCIONES Y/O RECOMENDACIONES ANOTADAS EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Observaciones: ESTE DOCUMENTO NO GARANTIZA QUE EL TRABAJADOR NO SEA UN PORTADOR ASINTOMATICO DE COVID 19

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
-NO ESTAR EXPUESTO A RUIDO EXCESIVO.		Temporal
-NO ESTAR EXPUESTO A RUIDO EXCESIVO.		Temporal

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

ERGONÓMICO	-
CONSERVACION VISUAL	-
CONSERVACION DE LA AUDICION	-

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes para clínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va ingresar, seguir (periódico) o de egreso de su respectiva empresa. Con las pruebas a realizar se va a conocer el estado de salud físico y mental en que me encuentro. A la fecha como mayor de edad, con nombre e identificado como aparece en este documento , actuando en pleno uso de mis facultades mentales, sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento, declaro que si deseo recibir la naturaleza de los exámenes y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias prestados por ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anterior autorizo a ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA para realizar los exámenes clínicos solicitados por mi empleador y autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud entregados en físico o digitales a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido oportunidad de preguntar y resolver inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de los exámenes.

AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES: Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA de lo siguiente:

1. ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA actuará como responsable del tratamiento de datos personales de las cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS.

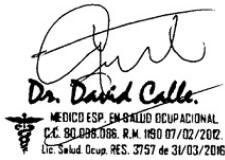
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que traten sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

3. Mis derechos como titular de los datos son previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por el centro médico y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS.

5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico gerencia@alianzaexamenes.com. La IPS garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la compañía y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS. La información obtenida para el Tratamiento de mis Datos Personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

1



JUAN DAVID CALLE CARDOZO

3757 119007

Médico Especialista en Salud Laboral



POMPILIO APONTE RODRIGUEZ

79584643

Firma y cédula del Paciente