

# Certificado de aptitud laboral

## Ingreso con enfasis osteomuscular



**Fecha:** 13/Feb/2025, **Hora:** 10:00:19 a.m.  
**Apellido:** AMAYA HERNANDEZ  
**Tipo Doc:** CC  
**Empresa:** PARTICULAR  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**Direccion:** CLL 18 A NO 118 B 21  
**Telefono:** Celular: 3502680420    **Email:** Estado Civil: Union libre  
**Ciudad:** BOGOTA D.C.  
**Peso:** 79 Kg.    **Estatura:** 179 Cm    **IMC:** 24.6    **Escolaridad:** BACHILLER    **Jornada Laboral:** DIURNA  
**EPS:** COMPENSAR    **ARL:** AFP: PORVENIR  
**Responsable:** - Parentesco: - **Telefono:**

**Nombre:** VICTOR MANUEL  
**Nro Identidad:** 80804401

**HC:** # 92316  
**Edad:** 39 años  
**Sexo:** Masculino ♂  
**Nacim:** 29/Oct/1985  
**Rh:** O+

### Examenes Realizados

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Audiometria clinica | <input type="checkbox"/> Audiometria ocupacional | <input type="checkbox"/> Coprologico            |
| <input type="checkbox"/> Espirometria        | <input type="checkbox"/> Glicemia                | <input type="checkbox"/> Optometria             |
| <input type="checkbox"/> Perfil lipidico     | <input type="checkbox"/> Vestibular              | <input checked="" type="checkbox"/> Visiometria |

Otros: Osteomuscular, Prueba psicosensometrica

### Recomendaciones Especificas

Control eps, M = higiene postural -pausas activas - control periodico ocupacional

### Resumen Resultados

Examen	Resultado
Visiometria	USO EPP- LENTES FILTRO UV
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimiento Y Fuerza Conservados Y Adecuados

### Concepto

Apto para el cargo asignado

### Observaciones

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.

Guillermo Chaves  
Medico ocupacional 2  
Lic. de S.O #: 25- 00818 De 2023

Victor manuel amaya hernandez  
CC 80804401

Huella  
Digital

## Visiometria



Fecha: 13/Feb/2025, Hora: 10:00:19 a.m.  
 Apellido: AMAYA HERNANDEZ  
 Tipo Doc: CC  
 Empresa: PARTICULAR  
 Cargo: CONDUCTOR  
 Dirección: CLL 18 A NO 118 B 21  
 Telefono: Celular: 3502680420 Email: Estado Civil: Union libre  
 Ciudad: BOGOTA D.C.  
 Peso: 79 Kg Estatura: 179 Cm IMC: 24.6 Escolaridad: BACHILLER Jornada Laboral: DIURNA  
 EPS: COMPENSAR ARL: AFP: PORVENIR  
 Responsable: - Parentesco: - Telefono:

Nombre: VICTOR MANUEL  
 Nro Identidad: 80804401

HC: # 92316  
 Edad: 39 años  
 Sexo: Masculino ♂  
 Nacim: 29/Oct/1985  
 Rh: O+

Ultimo Examen Visual

Usa Anteojos Si

 VL VP PC Bifocal Progresivo FiltrosFrecuencia de Uso: Permanente  Ocasional  , Usa protección ocular, gafas de seguridad o mascarilla? No

Cirugías? No , Cuál?

Accidentes Oculares No , Cuál?

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

Salto de Región

 Disminución Visual de Cerca  
 Disminución Visual de Lejos
 
 Ardor Ocular  
 Cansancio Ocular
 

Fotofobia

 Disminución Visual de Cerca  
 Disminución Visual de Lejos
 
 Plurito Ocular  
 Irritación
 

Asintomático

 Reseñada Ocular
 

Lagrimeo

 Cefaleas
 

Antecedentes Personales y/o Familiares: NINGUNO

A.V.

SC VL AV

VP

CC VL

VP

RX EN USO

PH

OD

20/20-

0.5

OI

20/20-

0.5

COVER TEST VL: ORTHO VP: EXOFORIA PPC:

EXAMEN EXTERNO: LEVE HIPERPLASIA CONJUNTIVA NASAL OI

## VISIÓN CROMÁTICA

OD	Normal	Oftalmoscopia	Normal	NORMAL	Normal
OI	Normal		Normal	NORMAL	

## QUERATOMETRIA

OD

OI

Estereopsis

OD

OI

## REFRACCIÓN

OD

OI

## SUBJETIVO

OD	OI	OD	OI
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No requiere corrección óptica

Defecto refractivo adecuadamente corregido

Defecto refractivo inadecuadamente corregido

Defecto refractivo no corregido

Gafas no formuladas

Emetropía

Ametropía

Disminución Visual

Otros

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

Observaciones/Recomendaciones

## USO EPP- LENTES FILTRO UV

Emetrope  Ametropia  Hiperplasia Conjuntiva  Hiperemia Conjuntival Alteración percepción del color  Otros 

DX:


  
Yenny Liliana Garcia Zambrano

 www.unidadmedicalaborvital.com  
 13A No. 17 A - 44 / Pbx 6013458470 6012983537 - Nit. 900.891.785



**Nombres** VICTOR MANUEL AMAYA HERNANDEZ  
**Doc** CC80804401  
**Sexo** M  
**F Nacim** 2005-02-13  
**Ocup** ADMIN CONDUCTOR  
**Fecha** 2025-02-13  
**Empresa** GLOBAL SERVICE LOGISTIC

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.	0.575
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 0.690 Seg.	0.575
Num. Errores	<= 5 Errores	0
<b>Reacciones Múltiples</b>		
Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R)	<= 1.140 Seg.	0.837
Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A)	<= 1.140 Seg.	0.837
Num. Errores	<= 7 Errores	0
<b>Reacción al Frenado</b>		
Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R)	<= 0.750 Seg.	0.822
<b>Coordinación Bimanual - Motricidad Fina</b>		
Tiempo Total de error (T.T.E)	<= 4.830 Seg.	0.634
Num. Errores	<= 15 Errores	2
<b>Velocidad de Anticipación</b>		
Tiempo Medio de Desviación (T.M.D)	<= 0.830 Seg.	0.139

### Trazabilidad de la Medida

Documento	Fecha	Modelo	Serie #	Firmware	Prueba #	Form#	Baremo
CC80804401	2025-02-13 10:13:13	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

  
 Dr. Juan David Paz Vela  
 C.C. 80.734.209  
 Psicólogo U.Inca  
 T.P. 110934

Juan David Paz Vela  
 Psicólogo , TP. 110934

VICTOR MANUEL AMAYA HERNANDEZ  
 Evaluado