



## CERTIFICADO PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA

Resolución Mintransporte 275 del 13/02/2020

Registro IPS 6300101699-01

Pruebas realizadas bajo los parámetros del anexo I de la Resolución 217 del 31/01/2014 Ministerio de Transporte

**DATOS PERSONALES**
**Nº: 1,209**

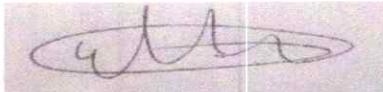
**Nombres y Apellidos:** RODRIGUEZ ARAUJO ALDAIR  
**Teléfono:** 3182676166    **Celular:** 3182676166    **CC:** 1083840210    **Dirección:** AVENIDA COLON #22-120  
**Fecha Atención:** 12/05/2025 03:16:45 p. m.

**RESULTADOS POR ÁREA**

PSICOLOGÍA	YULIETH VIVIANA TELLEZ DE LA PAVA	C.C 1094942548	REG. M	165341
NO SE EVIDENCIA ALTERACION EMOCIONAL NI PERTURBACION DEL COMPORTAMIENTO. SUS FUNCIONES PSICOMOTRICES SE OBSERVAN CONSERVADAS. NIEGA IDEACION SUICIDA APTO				

El suscripto médico certificador; basado en la evaluación médica realizada por los especialistas del Centro de Reconocimiento de Conductores, Institución Prestadora de Servicios de Salud, autorizada por el Ministerio de Transporte para la evaluación y certificación de conductores bajo los parámetros de la Resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y sus anexos CERTIFICA que la empresa INVERSIONES CONSUMAR S.A.S; solicito la evaluación del conductor y o persona de acuerdo con los parámetros relacionados para obtener el Certificado Psicosensométrico.

El presente Certificado no tiene validez para realizar Renovación, Recategorización o Licencia de conducción por Primera Vez.

**CERTIFICADOR**


Firma:

**Nombre:** TELLEZ DE LA PAVA YULIETH VIVIANA  
**R. M.:** 165341



**Código de Seguridad**  
**K825Q51W4835**

**FIRMA EVALUADO**

**Firma:** RODRIGUEZ ARAUJO ALDAIR  
**Nombre:** 1083840210

Declaro bajo la gravedad de juramento, que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponde estrictamente y están apegados a la verdad.


**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**
**Nº 4.040**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12 DÍA	05 MES	2025 AÑO	ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)	PSICOSENSOMETRICO + EMO INGRESO			
				Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				INVERSIONES CONSUMAR S.A.S			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
RODRIGUEZ ARAUJO ALDAIR				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	29 AÑOS 11 MESES 22 DÍAS	CC	1083840210
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>AUXILIAR DE BODEGA</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APROBADO SIN NINGUNA ENFERMEDAD O DEFECTO QUE DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL</b>							
Observaciones: <b>APTO PARA DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES</b>							
NO APLICA	PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS						
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ALTURAS						
NO APLICA	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS						
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓	VISSIMETRÍA	✓	
AUDIOMETRÍA				✓	PSICOLOGÍA + COORDINACIÓN MOTRIZ	✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		SVE OSTEOMUSCULAR			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
SE EXPLICAN LOS RESULTADO DE SU VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN QUE DEBE TOMAR							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: GOMEZ RESTREPO JULIO CESAR				Nombre: RODRIGUEZ ARAUJO ALDAIR			
R. M.: 1128399432		L.S.O.:		Código de Seguridad		CC: 1083840210	
				P825V1B4040			


**EXAMEN DE VISIONETRÍA**
**DATOS PERSONALES**

Fecha: 12/05/2025 Municipio: ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA) CC: 1083840210 Nombre: RODRIGUEZ ARAUJO ALDAIR Edad: 29 AÑOS 1  
 Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: AUXILIAR DE BODEGA Empresa: INVERSIONES CONSUMAR S.A.S.  
 Eps: \_\_\_\_\_ Tipo Evaluación Medica: PSICOSENSOMETRICO + EMO INGRESO F. Último Examen: 6 MESES  
 Lugar del Último Examen: CRC ARMENIA Motivo Consulta: CONTROL

**Atención N°: 1,588**
**ANTECEDENTES VISUALES**

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	NO
LENTE DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAЕ RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	6 MESES
USA ANTEOJOS	NO USA

**PRUEBAS REALIZADAS**
**SINTOMATOLOGÍA**
**ASINTOMÁTICO**

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/25	0.50M	N/A	NA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/25	0.50M	N/A	NA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.50M	N/A	NA	N/A	N/A

**CÓDIGO**
**DIAGNÓSTICO**
**OJO**
**ORIGEN**
**TIPO**

Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	PROFESIONAL	2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO
------	-------------------------------	-------	-------------	---------------------------------

**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

CONTROL EN UN AÑO

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**
**OPTOMETRA**


Firma:

 Nombre: RAMIREZ RIOS ALBA YOLANDA

 R. M.: 4131

L.S.O.:


**Código de Seguridad**
**L825R3X1588**
**PACIENTE**

Firma:

 Nombre: RODRIGUEZ ARAUJO ALDAIR

 CC: 1083840210



## AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES**
**Atención N°: 1263**

Fecha: 12/05/2025 Ciudad: ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)

Tipo Exámen: PSICOSENSOMETRICO + EMO INGRESO

Eps:

CC: 1083840210 Nombre: RODRIGUEZ ARAUJO ALDAIR

Edad: 29 AÑOS 11 MESES 22 DÍAS Genero: MASCULINO

Fecha Nacimiento: 20/05/1995 Empresa: INVERSIONES CONSUMAR S.A.S

Ocupacion: AUXILIAR DE BODEGA

**ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES**

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
INVERSIONES CONSUMAR	AUXILIAR DE BODEGA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOAUDIOLOGIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGIA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

Descanso auditivo(Horas) : 24 Hora(s) Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 170 F. Ultima Calibración: 2022-05-05

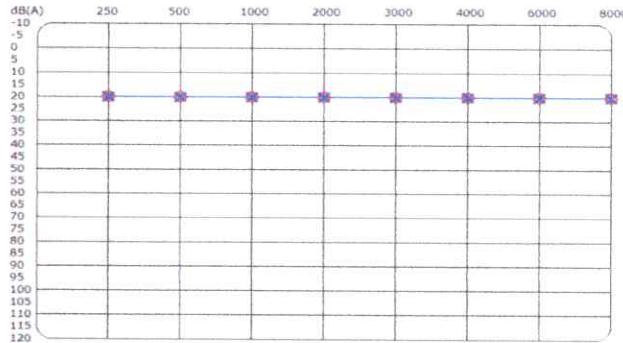
: Vía aérea del OD       : Vía aérea del OI  
 : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)       : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

**OTOSCOPIA**

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	20	20	20	20	20	20	20
VAOI	20	20	20	20	20	20	20	20


**SEVERIDAD - CAOHC**

Oido derecho: Normal(0 - 25 dB) Oido izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

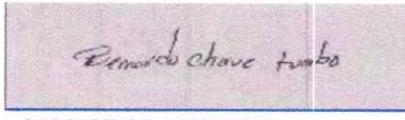
Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
2011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO

**Observaciones**

SENSIBILIDAD PERIFERICA AUDITIVA NORMAL

**FONOAUDIÓLOGO**


Firma:

Nombre: CHOCUE TUMBO BERNARDO

R. M.: 1060103238

L.S.O.: \_\_\_\_\_



Código de Seguridad

**H825N2T1263**
**TRABAJADOR**

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ ARAUJO ALDAIR

CC

1083840210