

**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 CC: 1083840210 Dirección: AVENIDA COLON #22-120
Teléfono: 3182676166 Celular: 3182676166 Fecha Atención: 12/05/2025 03:16:45p. 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 suscrito 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:

Nombre:

CC:

RODRIGUEZ ARAUJO ALDAIR

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 estan apegados a la verdad.



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 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 | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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 |
| | | | MASCULINO | 29 AÑOS 11 MESES 22 DÍAS |
| Apellidos y Nombres | | | Documento de Identificación | |
| | | | CC | 1083840210 |
| | | | Tipo | Número |
| Carga | | | | |
| AUXILIAR DE BODEGA | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL | | | | |
| APROBADO SIN NINGUNA ENFERMEDAD O DEFECTO QUE DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL | | | | |
| Observaciones: APTO PARA DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES | | | | |
| 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 | | VISIOMETRÍA | | |
| AUDIOMETRÍA | | PSICOLOGÍA + COORDINACIÓN MOTRIZ | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO | | SVE OSTEOMUSCULAR | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | |
| 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 VISIOMETRÍA
DATOS PERSONALES
Atención N°: 1,588

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 Médica: PSICOSENSOMETRICO + EMO INGRESO F. Último Examen: 6 MESES
 Lugar del Último Examen: CRC ARMENIA Motivo Consulta: CONTROL

ANTECEDENTES VISUALES

| | |
|----------------------------|-----------|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | NO |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | NO APLICA |
| TRAE 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

Fecha: 12/05/2025 Ciudad: ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA) Atención N°: 1263
 Tipo Examen: 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 | HIPOACUSIA SUBJETIVA | NO REFIERE |
| TRAUMA | NO REFIERE | ACÚFENOS | NO REFIERE |
| CIRUGÍA | 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

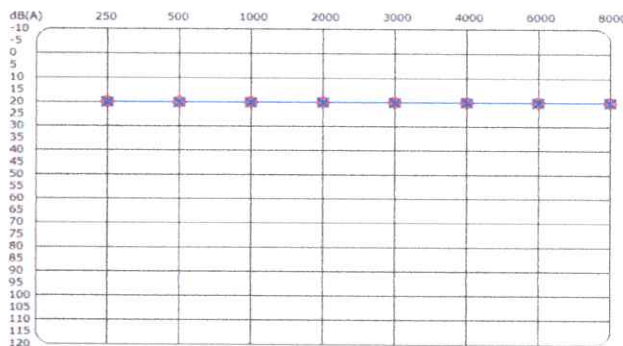
Descanso auditivo(Horas): 24 Hora(s) Realizó re test: SI Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
 Marca y Referencia audiómetro utilizado: AMPLIVOX 170 F. Última Calibración: 2022-05-05

○ : Via aérea del OD ✕ : Via aérea del Oi
 < : Via ósea del OD (sin enmascarar Oi) > : Via 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

| | | | | | | | |
|---------------|----------------------------------|-------------------|--|-----------------|--------|---------------------------|--|
| Oído derecho: | | Normal(0 - 25 dB) | | Oído izquierdo: | | Normal(0 - 25 dB) | |
| Código | Nombre del Diagnóstico | | | Oído | Origen | Tipo | |
| Z011 | EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICION | | | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | |

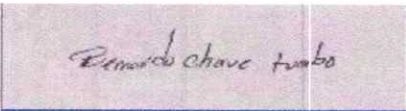
RECOMENDACIÓN

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