

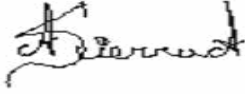


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.398

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
|--|-----------|-------------|--------------------------------|---|----------------------------|-------------------------------------|---------|
| 12 DÍA | 04 MES | 2025 AÑO | SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO - PSICOSENSOMETRICO - TOXICOLOGICO - VISIOMETRIA - AUDIOMETRIA - CURSO MANEJO DEFENSIVO | | | |
| | | | Ciudad | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | | | | | | | |
| SA DE TRANSPORTE ESPECIAL TRANSPORTE Y TURISMO ANTIOQUIA S.A.S | | | | EMPRESA DE TRANSPORTE ESPECIAL TRANSPORTE Y TURISMO ANTIOQUIA 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) | | | | | | | |
| RENDON CANO YON JAIRO | | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | | MASCULINO | 50 AÑOS 7 MESES 11 DÍAS | CC | 9894342 |
| Apellidos y Nombres | | | | | | Tipo | Número |
| Cargo CONDUCTOR | | | | | | | |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA QUE NO LIMITA SU LABOR | | | | | | | |
| Observaciones: NO APLICA | | | | | | | |
| N/A | | | | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) | | | |
| 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 OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE COLUMNA | | | | TOXICOLOGICO II PARAMETROS | | | |
| AUDIOMETRIA | | | | PSICOSENSOMETRICA | | | |
| VISIOMETRIA POR OPTOMETRIA | | | | CURSO MANEJO DEFENSIVO | | | |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE. | | | | USO DE EPP | | HÁBITOS SALUDABLES | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | | SVE VISUAL | | CONTROL DE PESO | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | SVE AUDITIVO | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | |
| ESPECIALISTA : CONTROL CON OPTOMETRÍA PARA RENOVACIÓN DE FÓRMULA ÓPTICA. | | | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | HACER DEPORTE | |
| | | | | SVE OSTEOMUSCULAR | | DIETA BALANCEADA | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| -EXAMEN OSTEOMUSCULAR- CON HALLAZGOS PATOLÓGICOS. -VISIOMETRÍA- CON ALTERACIÓN EN VISIÓN LEJANA Y CERCANA. -AUDIOMETRÍA- PERDIDA DE GRADO LEVE EN OÍDO DERECHO CON P.T.A DE 28.75 CON ALTERACIÓN EN TODA LA BANDA CONVERSACIONAL SUPERANDO LO 25 DB, EN OÍDO IZQUIERDO P.T.A EN NORMALIDAD. -CONTROL ANUAL DE ACURDO AL PROGRAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA EMPRESA. -PSICOSENSOMÉTRICO- APTO SEGÚN RESOLUCIÓN 0217/2014. -TOXICOLÓGICO II PARÁMETROS-(VER ANEXO) -SIN RESTRICCIONES LABORALES PARA EL CARGO QUE DESEMPEÑA. -SE LE RECOMIENDA CONSULTAR EN SU ENTIDAD DE SALUD, EVALUACION Y PLAN DE MANEJO DE SU ALTERACION DEL PESO POR DIETETICA Y NUTRICION. -EL EJERCICIO REGULAR AL MENOS 5 VECES A LA SEMANA EN SESIONES DE MEDIA HORA, MEJORA EL ESTADO GENERAL. | | | | | | | |
| 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



Firma: _____

Nombre: SIERRA ARANGO ALEJANDRO ALBERTO

R. M.: 60090095

L.S.O.: S2016060090095

Código de Seguridad

Z1070F1L13398



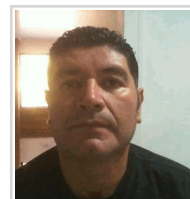
Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: RENDON CANO YON JAIRO

CC: 9894342



DATOS PERSONALES

Laboratorio N°: 1.841

Municipio: SABANETA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Fecha y Hora: sábado, 12 de abril de 2025 09:16:26 a.m.

Nombres y Apellidos: RENDON CANO YON JAIRO

CC: 9894342 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 04/09/1974 Edad: 50 AÑOS 7 MESES 11 DÍAS Entidad: EMPRESA DE TRANSPORTE ESPECIAL TRANSPORTE Y TURISMO ANTIOQUIA S.

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

TOXICOLOGICO II PARAMETROS

Análisis: THC

COCAÍNA

Técnica: Inmunoensayo cromatográfico

Resultados:

Prueba de Tetrahidrocannabinol en orina: **NEGATIVO**

Prueba de Cocaína en orina: **NEGATIVO**

ALEJANDRO SIERRA ARANGO

Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

Resolución S2016060090095

C.C 71.685.889 R.M 60090095

REVISO

Mariana Monsalve Mazo
Bacteriólogo(a) RP: 1831

Mariana MM

Informe No. 15988-A

Certificación No. 12042025-16812

No. RUNT 00000001

12/04/2025



12/04/2025 09:16:16



Izquierdo



Derecho

Cédula de Ciudadanía 9894342 Expedido en: QUINCHIA
RENDON CANO YON JAIRÓ
Sexo : Masculino
Fecha Nacimiento: 4/09/1974 (50 años) Lugar QUINCHIA
Escolaridad : Secundaria
Ocupación : CONDUCTOR
Dirección : CLL 1058 #39-019
Teléfono(s) : 3113225258 Móvil:
Ciudad : MEDELLIN
Vence : 10/06/2025

Teniendo en cuenta que el profesional certificador del CRC reviso los resultados obtenidos por el candidato identificado en este certificado el cual fue evaluado bajo los requisitos de la resolución 217 del 31 de enero de 2014 en su anexo I y la NTC-ISO/IEC 17024 de 2013 y obtuvo concepto aprobatorio en todas las evaluaciones emite el presente Certificado de Aptitud Física, Mental y de Coordinación Motriz bajo las siguientes condiciones:

| Categoría | Trámite | Restricciones | Estado |
|---------------------------------|-----------------------|---------------|--------|
| Exámenes der Organos y Sentidos | 20-Expedicion Inicial | 01 | APTO |

| Prueba | Resultado | Observaciones |
|--|-----------|---|
| Test de Medicina General | Cumple | [2025-04-12 09:26:28, SIERRA ARANGO ALEJANDRO ALBERTO] -> APTO SEGÚN RESOLUCION 0217/2014. |
| Test de Psicología Tepsicon | Cumple | [2025-04-12 09:48:12, CASTAÑO CORTÉS ESTEFANÍA] -> USUARIO SIN ANTECEDENTES DE TRASTORNOS MENTALES Y DE CONSUMO DE SUSTANCIAS, CON ADECUADO DESARROLLO INTELECTUAL. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014. |
| Petrinovic Test de Velocidad de Anticipación | Cumple | [2025-04-12 09:48:31, CASTAÑO CORTÉS ESTEFANÍA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU CAPACIDAD DE PERCIBIR VELOCIDADES Y TRAYECTORIAS, CON BUENA CAPACIDAD DE AUTOCONTROL. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014. |
| Petrinovic Test de Coordinación Bimanual | Cumple | [2025-04-12 09:48:54, CASTAÑO CORTÉS ESTEFANÍA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU CAPACIDAD DE COORDINACIÓN VISO-PERCEPTIVO-MOTRIZ DE AMBAS MANOS DE MANERA DISASOCIADA. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014. |
| Petrinovic Test de Reacción Simple | Cumple | [2025-04-12 09:49:10, CASTAÑO CORTÉS ESTEFANÍA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA ALTERACIÓN EN SU CAPACIDAD DE DISCRIMINAR TIEMPOS DE VELOCIDAD DE REACCIÓN ANTE UN ESTÍMULO SIMPLE. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014. |
| Petrinovic Test de Resistencia | Cumple | [2025-04-12 09:49:33, CASTAÑO CORTÉS ESTEFANÍA] -> USUARIO QUE NO PRESENTA DIFICULTAD EN SU CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN EN TRAYECTORIAS QUE SE PRESENTAN DE MANERA MONÓTONA Y REPETITIVA. SE CONSIDERA APTO PARA CONDUCIR SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014. |
| Test de Audición | Cumple | [2025-04-12 09:45:18, MORENO KATERINE] -> APTO SIN RESTRICCION SEGUN RESOLUCION 30355 DEL 2022 |
| Test de Visión AGX1160 | Cumple | [2025-04-12 09:56:17, ESCORCIA SUAREZ HALINGTON ARTURO] -> "CANDIDATO APTO CON RESTRICCIÓN (GAFAS Y/O LENTES DE CONTACTO), CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE APROBACIÓN SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014, ANEXO I, NUMERALES 1.1 AL 1.7. |

Sin novedades

Profesional Certificador: MEDINA ARROYAVE KARLA

Karla M.A.

R.M. 05714815



Huella Certificador

Firma Evaluado:

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información suministrada a los profesionales de la salud durante las evaluaciones visual, auditiva, psicológica y medica es cierta y veraz y asumo toda responsabilidad que se genere como consecuencia de dicha información, así mismo me comprometo a reportar cualquier reducción o cambio en las condiciones físicas, mentales y de coordinación motriz bajo las cuales se emitió este certificado.

Este certificado tiene vigencia de 60 días calendario, a partir de su fecha de expedición, según lo establecido en la resolución 217 del 31 de enero de 2014.



[Ir al inicio](#)

RESULTADO DEL CUESTIONARIO

Fecha: 12/04/2025

Hora: 10:45:56

| Datos del Usuario | | | |
|--|-----------|------------------|---------------|
| Fecha | Nombres | Apellidos | Tipo Doc. |
| 2025-04-12 | Yon Jairo | Rendon Cano | C |
| Edad | Género | Cat. Licencia | Num Doc. |
| 50 | Masculino | C2 | 9894342 |
| Detalles del cuestionario | | | |
| Bloque | Resultado | Num. Preguntas | |
| Trastornos amnesicos y otros transtornos congncoscitivos | 3 | 3 | |
| Control de impulsos | 3 | 3 | |
| Transtorno 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 o medicamentos | 3 | 3 | |
| Dependencia de drogas y medicamentos | 3 | 3 | |
| Trastornos inducidos por drogas o medicamentos | 3 | 3 | |
| 12. Información | 3 | 3 | |
| Trastornos por comportamiento perturbador | 3 | 3 | |
| Disociativa | 3 | 3 | |
| 15. Comprensión | 2 | 3 | |
| 16. Aritmética | 3 | 3 | |
| 17. Transtornos del sueño | 3 | 3 | |
| Semejanzas | 3 | 3 | |
| 20. Transtornos mentales debido a enfermedad médica | 3 | 3 | |
| Vocabulario | 3 | 3 | |
| Transtonos de estado de animo | 3 | 3 | |
| Area | Resultado | total Preguntas. | Calificacion. |
| Personalidad | 27 | 27 | Aprobado |
| Sustancias | 21 | 21 | Aprobado |
| Inteligencia | 14 | 15 | CI 96, Apto |
| Observaciones | | | |

Karla M.A.
Firma Med. Certificador

Estefania
Firma evaluador