

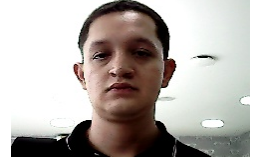
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SERVICIOS DE SALUD IPS CEDISALUD SAS

NIT: 901334492-2

LSO. RES. N° 23820 del 18/05/2020



Certificado de aptitud: 1001250546-364378

Tipo de Examen: **PREINGRESO PARA CONDUCTORES**

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: TRANSRUMBO GROUP SAS
Actividad Económica: 4921 - TRANSPORTE DE PASAJEROS.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

| | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|------------------------|----------------------------------|
| Fecha y Lugar: | 11 feb. 2026 - MEDELLIN - ANTIOQUIA | Identificación: | 1001250546 |
| Paciente: | JUAN ESTEBAN CALDERON OQUENDO | Teléfono | 8008515 Móvil: 3107363399 |
| Género | MASCULINO Edad: 23 | EPS: | SURAMERICANA. |
| Fecha Nacimiento: | 11/02/2003 | ARL: | NO REPORTA |
| Estado Civil: | SOLTERO(A) | AFP: | PORVENIR S.A. |
| Escolaridad: | TÉCNICO | Cargo: | CONDUCTOR |
| Área: No Reporta | | | |
| Correo Electrónico: | calderonoquendo11@gmail.com | | |

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

| | |
|--|--|
| PSICOSENSOMETRICO- | CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA TAREA DE CONDUCCIÓN Y SEGURIDAD VIAL, BUEN SEGUIMIENTO Y EJECUCIÓN DE INSTRUCCIONES. SIN TRASTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS Y/ EMOCIONALES QUE INTERFIERAN CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. SE EVIDENCIA LEVE LÓGICA ABSTRACTA Y DE SEMEJANZAS, BUENA CAPACIDAD COMUNICATIVA EN CUANTO AL VÍNCULO SOCIAL, PERSONA CON BUENAS APTITUDES PSICOLÓGICAS, BUENA OPERACIÓN DE SUS FUNCIONES EJECUTIVAS. |
| AUDIOMETRIA TAMIZ | CAPACIDAD AUDITIVA ACTUAL NORMAL, ADECUADA PARA EL CARGO; 1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN AMBIENTES CON RUIDO SEGÚN GUÍAS DE MANEJO DE LA EMPRESA. |
| VISIOMETRIA TAMIZ | ALTERACION VISUAL LEJANA MODERADA CON CORRECCION QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO COMO CONDUCTOR SEGÚN LEY 769 DE 2002 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE USO DE CORRECCION VISUAL OBLIGATORIA SEGÚN ACTIVIDAD LABORAL |
| EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR | PARA DEFINIR EL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL, SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR, SE HAN TENIDO EN CUENTA TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, SE EMITIERON OBSERVACIONES SEGUN LOS HALLAZGOS PRESENTES AL MOMENTO DE LA ATENCION POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SST. ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR EL (LOS) ESPECIALISTA(S) EN CASO DE QUE SE PRESENTEN. SE RECOMIENDA EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN CORRESPONDAN, AL CARGO Y/O LABOR DEL EMPLEADO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGUN PROGRAMA DE LA EMPRESA, ADOPTAR ADECUADA HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, INDUCCIONES PROPIAS PARA EL CARGO A REALIZAR, REPORTE OPORTUNO ACCIDENTES O EVENTOS DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO.. * NO CASO SEGUN CLASIFICACION GATISST ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES., RECOMENDAMOS REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA EN TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, DURANTE LA EJECUCION DE LA LABOR EVITAR ACCIONES IMPRUDENTES QUE PONGAN EN RIESGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL., PRESENTA CONDICIÓN VISUAL QUE REQUIERE USO DE LENTES SEGÚN OPTOMETRÍA Y CONTROL PERIÓDICO. SE RECOMIENDA AJUSTE ERGONÓMICO ANTE EXPOSICIÓN PROLONGADA A PANTALLAS Y/O USO DE LENTES DE SEGURIDAD SEGÚN LABORES. |
| PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | SE REALIZÓ, SIN ALTERACIÓN. |
| TRIGLICERIDOS | SE REALIZO, SIN ALTERACION |
| GLICEMIA EN AYUNAS | SE REALIZO, SIN ALTERACION |
| COLESTEROL TOTAL | SE REALIZO, SIN ALTERACION |

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CUMPLE CON PARAMETROS DE APTITUD FISICA, MENTAL Y COORDINACION MOTRIZ PARA SEGURIDAD VIAL PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: - ALTERACION VISUAL CORREGIDA QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.

NOTA ACLARATORIA: Bajo los términos de la Resolución 1843 de 2025, la historia clínica ocupacional goza de reserva legal y protección de datos sensibles. Su acceso es exclusivo del paciente y personal de salud, quedando estrictamente prohibido el acceso o conocimiento de su contenido por parte del empleador.

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

| | | |
|----------------|--|------|
| VISUAL | USO DE LENTES O GAFAS DE CORRECCION VISUAL SEGUN PRESCRIPCION EN JORNADA LABORAL, ACTUALIZAR FORMULA ANUALMENTES, USO DE GAFAS DE PROTECCION OCULAR EN AMBIENTE LABORAL SEGUN SE REQUIERA. | PPyP |
| SEGURIDAD VIAL | CUMPLIR LOS REQUERIMIENTOS QUE LAS DISPOSICIONES DE SEGURIDAD VIAL ESTABLECIDOS, IMPLEMENTA ESTRATEGIAS DE LA CONCIENTIZACION A LOS TRABAJADORES, A TRAVÉS DE CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES ENFOCADAS A LA CORTESÍA Y RESPECTO POR LAS SEÑALES DE TRÁNSITO. | PPyP |

NO

Recomendaciones para el cargo y/o empleado

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR DE INMEDIATO CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA REALIZACIÓN DE SUS LABORES, MANTENER SIEMPRE LA DISTANCIA DE SEGURIDAD Y USAR EL CINTURÓN DE SEGURIDAD EN TODO MOMENTO. CUMPLIR LOS LÍMITES DE VELOCIDAD Y EVITAR DISTRACCIONES COMO INGESTA DE ALIMENTOS O FUMAR MIENTRAS CONDUCE. IDENTIFICAR Y REPORTAR CUALQUIER PELIGRO FÍSICO QUE PUEDA COMPROMETER LA SEGURIDAD. MANTENER UNA POSTURA ERGONÓMICA ADECUADA PARA PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES PROVOCADAS POR MALAS POSTURAS.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clínica a la EPS a la cual me encuentra actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:


 LAURA GIGLIOLA LONDOÑO VALLEJO
 MEDICO ESPECIALISTA SST
 LIC SST 375542-10/12/2022
 REG. MED. 1035870168
 CC 1035870168

MEDICO (A) OCUPACIONAL
 LAURA GIGLIOLA LONDOÑO VALLEJO
 CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1035870168
 - LSST 375542-10/12/22



Juan Esteban C



Firma y cédula del Paciente
 JUAN ESTEBAN CALDERON OQUENDO
 1001250546