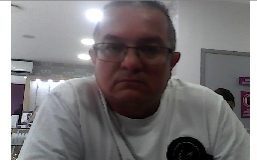


# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SERVICIOS DE SALUD IPS CEDISALUD SAS  
NIT: 901334492-2  
LSO. RES. N° 23820 del 18/05/2020



Certificado de aptitud: 98694737-362631

## 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.

<b>Fecha y Lugar:</b>	30 ene. 2026 - MEDELLIN - ANTIOQUIA	<b>Identificación:</b>	98694737
<b>Paciente:</b>	JOHN HAMILTON BEDOYA VANEGAS	<b>Teléfono</b>	<b>Móvil:</b> 3107695399
<b>Género</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 43	<b>EPS:</b>	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
<b>Fecha Nacimiento:</b>	11/02/1982	<b>ARL:</b>	NO REPORTA
<b>Estado Civil:</b>	UNIÓN LIBRE	<b>AFP:</b>	PORVENIR S.A.
<b>Escolaridad:</b>	TÉCNICO	<b>Cargo:</b>	CONDUCTOR
<b>Área: No Reporta</b>			
<b>Correo Electrónico:</b>	bedoyavanegashamilton@gmail.com		

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

<b>PSICOSENSOMETRICO-</b>	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 BUENA LÓGICA ABSTRACTA Y DE SEMEJANZAS, BUENA CAPACIDAD COMUNICATIVA EN CUANTO AL VÍNCULO SOCIAL, PERSONA CON BUENAS APTITUDES PSICOLÓGICAS, BUENA OPERACIÓN DE SUS FUNCIONES EJECUTIVAS.
<b>AUDIOMETRIA TAMIZ</b>	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.
<b>VISIOMETRIA TAMIZ</b>	ALTERACION VISUAL LEJANA SEVERA CON CORRECCION QUE NO INTERFIERE CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SEGÚN LEY 769 DE 2002 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE, USO DE CORRECCION VISUAL SEGÚN ACTIVIDADES PROPIAS DE SU LABOR
<b>EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR</b>	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., 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., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS., CONTROL PERIODICO ENF. CRONICA EN EPS, REALIZAR HIDRATAACION SUFICIENTE DUANTE JORNADA LABORAL, DISTRIBUIR INGESTA DE CARBOHIDRATOS DURANTE 5 MOMENTO DE JORNADA LABORAL, TENER CARBOHIRATOS A LA MANO EN CASO DE HIPOGLICEMIA, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA., DIETA BAJA EN GRASAS ANIMALES, COMER CARNES SIN PIEL Y EVITAR ALIMENTOS FRITOS.
<b>PRUEBA DETECCION DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>	SE REALIZÓ, SIN ALTERACIÓN.
<b>TRIGLICERIDOS</b>	SE REALIZO, CON ALTERACION
<b>GLICEMIA EN AYUNAS</b>	SE REALIZO, CON ALTERACION
<b>COLESTEROL TOTAL</b>	SE REALIZO, SIN ALTERACION

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

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

Observaciones: ALTERACIÓN VISUAL QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, ALTERACION VISUAL YA CORREGIDA, DEBE CONTINUAR EL USO DEL LENTES O GAFAS FORMULADA DURANTE JORNADA LABORAL. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES POR ALTERACION DEL PESO QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, LA OBESIDAD CONSTITUYE UN FACTOR DE RIESGO PARA MANIFESTACION DE PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES Y OSTEOMUSCULARES EN ZONAS COMO COLUMNA VERTEBRAL Y RODILLAS SE RECOMIENDAO CONTROL EN HABITOS DE VIDA COMO ALIMENTACION Y EJERCICIO. RECOMENDACIONES CARDIOVASCULARES POR COCOMORBILIDAD SECUNDARIA A PATOLOGIA CRÓNICA CARDIOVASCULAR QUE EN EL MOMENTO NO LIMITA SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, CONTINUAR CONTROL EN EPS. PRESENTA TRASTORNO DE LIPIDOS QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, NO ASOCIADO A VERTIGO NI MAREO, CONTROL MANEJO EN EPS.

**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		
<b>Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)</b>		
NUTRICIONAL	CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	PPyP
CARDIOVASCULAR	SE SUGIERE CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO, SEGUIMIENTO DE CONTROL POR ALTERACIONES CRONICAS.	PPyP
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

NUTRICION	REQUIERE VALORACION POR EPS, CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO POR ALTERACION DEL PESO CORPORAL GRADO I
MÈDICINA GENERAL EPS	PRESENTA TRANSTORNO DE LIPIDOS QUE REQUIERE CONTROL EN EPS.

### 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.

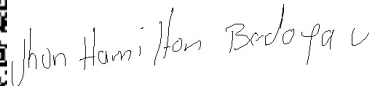
### Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

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:

  
 DIANA VELÁSQUEZ SANTAMARIA  
 MEDICO ESPECIALISTA SST  
 LIC SST 132079-16/12/2021  
 REG. MED 1149439488  
 CC 1149439488

MEDICO OCUPACIONAL  
 DIANA VANESSA VELASQUEZ SANTAMARIA  
 CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1149439488  
 - LSST 352079-16/12/21



  
 John Hamilton Bedoya V.



Firma y cédula del Paciente  
 JOHN HAMILTON BEDOYA VANEGAS  
 98694737