



N° 55.810

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14 DÍA	03 MES	2026 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
TRANSPORTES ESPECIALES Y TURISTICOS M&M SAS (TRANSESTUR SAS)				TRANSPORTES ESPECIALES Y TURISTICOS M&M SAS (TRANSESTUR SAS)			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres				Género	Edad	Documento de Identificación	
ÁLVAREZ GUTIERREZ LUZ EDITH				FEMENINO	57 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS	CC	43725309
						Tipo	Número
Cargo							
CONDUCTORA							
EPS		AFP			ARL		
NO REFIERE		NO REFIERE			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
NO APLICA			NO APLICA	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			✓
AUDIOMETRÍA			✓	PSICOACTIVO			✓
VISIOMETRÍA			✓	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO PERMANENTE			SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
- DEBE USAR LOS LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL DE FORMA PERMANENTE (ES NECESARIO PARA EVITAR ACCIDENTES, CANSANCIO VISUAL Y LA PROGRESIÓN DE SU ENFERMEDAD)							
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: _____ Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA R. M.: 5065404 L.S.O.: S2017060104075				 Código de Seguridad P117V1B55810 Firma: _____ Nombre: ÁLVAREZ GUTIERREZ LUZ EDITH CC: 43725309			

RECOMENDACIONES

Paciente: ÁLVAREZ GUTIERREZ LUZ EDITH

Fecha: 14/03/2026

Identificación: CC: 43725309

Fecha Nacimiento: 29/11/1968

Cargo: CONDUCTORA

Edad: 57 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CORREGIMIENTO SANTA ELENA

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SVE VISUAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR CORRECCIÓN VISUAL: USO PERMANENTE, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

MÉDICO

Raul Zapata

Firma: _____

Nombre: CC: 98644893 - RAUL FERNANDO ZAPATA

R.M. 5065404 **L.S.O** S2017060104075

PACIENTE

Luz Edith Alvarez

Firma: _____

Nombre: ÁLVAREZ GUTIERREZ LUZ EDITH

CC: 43725309