



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

Nº 44.229

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	03 MES	2025 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PRECOLTUR SAS				PRECOLTUR SAS			
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)							
ÁLVAREZ GUTIERREZ LUZ EDITH				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	56 AÑOS	CC	43725309
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Carga: CC JCTORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL</b>							
Observaciones: NO APLICA PARA LA LABOR ASIGNADA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
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		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					HACER DEPORTE		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- PRUEBA DE TOXICOS EN ORINA NO REACTIVA							
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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA R. M.: CMC217-18888 L.S.O.: 2022060356577				 Firma: _____ Nombre: ÁLVAREZ GUTIERREZ LUZ EDITH CC: 43725309			
 Código de Seguridad S117Y1E44229							

## RECOMENDACIONES

Paciente: ÁLVAREZ GUTIERREZ LUZ EDITH

Fecha: 15/03/2025

Identificación: CC: 43725309

Fecha Nacimiento: 29/11/1968

Cargo: CONDUCTORA

Edad: 56 AÑOS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Dirección: CORREGIMIENTO SANTA ELENA

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

### RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables

HÁBITOS SALUDABLES, HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA

### RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

### RECOMENDACIONES MÉDICAS

USAR MEDIAS ANTIVÁRICES, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO

## MÉDICO

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CRUZ TOBON ANA MARIA

R.M. CMC217-18888 L.S.O. 2022060356577

## PACIENTE

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: ÁLVAREZ GUTIERREZ LUZ EDITH

CC: 43725309