



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 37.275

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
31 DÍA	07 MES	2024 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANS CONCORD TRAVEL S.A.S				TRANS CONCORD TRAVEL 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)							
SUAREZ MUNERA MARLLY YULIED				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	32 AÑOS	CC	1152196230
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo CONDUCTORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÁN 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				GLICEMIA			
AUDIOMETRÍA				PRUEBA PSICOSENSOMETRICA			
VISIOMETRÍA				PSICOACTIVO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- GLUCOMETRIA NORMAL, TOXICOS EN ORINA NO REACTIVO							
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  Firma: _____ Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO R. M.: 5065404 L.S.O.: S201706010407				Aspirante o Trabajador  Firma: _____ Nombre: SUAREZ MUNERA MARLLY YULIED CC: 1152196230			
 Código de Seguridad K117Q1W37275							

RECOMENDACIONES

Paciente: SUAREZ MUNERA MARLLY YULIED

Identificación: CC: 1152196230

Cargo: CONDUCTORA

Género: FEMENINO

Dirección: CLL 8 54 58

Fecha: 31/07/2024

Fecha Nacimiento: 20/04/1992

Edad: 32 AÑOS

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ciudad: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

RECOMENDACIONES MÉDICAS

AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

RECOMENDACIONES HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

DIETA BALANCEADA, HáBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

MÉDICO

Raul Ospina

Firma: _____

Nombre: ZAPATA OSPINA RAUL FERNANDO

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

PACIENTE

Marlly Yulier

Firma: _____

Nombre: SUAREZ MUNERA MARLLY YULIED

CC: 1152196230

Medellin, 30 de julio de 2024

Señores:

TRANSCONCORD TRAVEL S.A.S

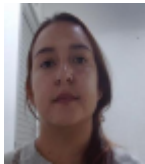
Doctor(a): FEDERICO ALBERTO ENRIQUES CANO

Gerente General

Medellin

Asunto: CALIFICACION EXAMEN CONDUCCION

Respetados Señores: A continuacion se da a conocer el resultado de la evaluacion practicada al señor:



NOMBRES Y APELLIDOS: MARLLY YULIED SUAREZ MUNERA		IDENTIFICACION: 1152196230	
TIPO DE VEHICULO A CONDUCIR: Microbus		CAT. LICENCIA: C1	
		REALIZO CURSO: No	
EVALUACION TEORICA		VALOR: 40%	
NUMERO DE PUNTOS:		100	
RESPUESTAS CORRECTAS:		65	
RESPUESTAS INCORRECTAS:		35	
PORCENTAJE MINIMO QUE SE DEBE OBTENER:		26%	
PORCENTAJE PARA EL PUNTAJE FINAL:		26%	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEORICOS:		APROBADO	
EVALUACION PRACTICA		VALOR: 60% Distribuido asi:	
NUMERO DE PUNTOS:		80	
ALISTAMIENTO Y REVISION DIARIA DEL VEHICULO	Puntos 20	Buenos 16	7.2%
ADAPTACION AL VEHICULO	Puntos 10	Buenos 8	4.8%
DOMINIO DEL VEHICULO	Puntos 15	Buenos 12	18%
AL CONDUCIR EL VEHICULO	Puntos 13	Buenos 11	8.58%
CONDUCCION SEGURA	Puntos 12	Buenos 8	6.24%
CONOCIMIENTO DEL VEHICULO	Puntos 10	Buenos 8	2.4%
PORCENTAJE MINIMO QUE SE DEBE OBTENER:		44.2%	
PORCENTAJE PARA EL PUNTAJE FINAL:		47.22%	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS PRACTICOS:		APROBADO	
PUNTAJE MINIMO RECOMENDADO:		70%	
PUNTAJE FINAL OBTENIDO:		73.22%	

COMENTARIOS: El nivel general de conocimientos está por encima del límite recomendado.

Esperamos seguir contando con ustedes.

Atentamente,



Director Centro de Enseñanza Automovilística



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

CERTIFICA

Que MARLLY YULIED SUAREZ MUNERA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANIA número 1152196230, aparece registrado(a) en EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1152196230
NOMBRES Y APELLIDOS	MARLLY YULIED SUAREZ MUNERA
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	COMPAÑERO (A) PERMANENTE
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	22/06/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	154
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	6
EMPLEADOR(ES)	NI 901344156 TRANS CONCORD TRAVEL SAS DESDE 01/08/2024

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 02/08/2024

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SUAREZ MUNERA MARLLY YULIED** identificado(a) con **CC** número **1.152.196.230** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de julio de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024071908534