



Nº 19.008

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
23 DÍA	08 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
METRO JUNIOR'S SAS - SST				METRO JUNIOR'S 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)							
MARTHA PATRICIA GOMEZ SANCHEZ				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	55 AÑOS 10 MESES 19 DÍAS	CC	39778433
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo MONITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
APTO	OSTEOMUSCULAR						
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
Examen Médico Físico Músculo-esquelético de Ingreso				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
ALIMENTACIÓN SALUDABLE BALANCEADA, NO CONSUMIR ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA AL MENOS 40 MINUTOS DIARIOS, 3 VECES POR SEMANA //REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON REGULARIDAD; ESTIRAMIENTO MUSCULAR GENERAL // REALICE CAMBIOS DE POSTURA PERMANENTE // ANTES DE EMPEZAR A LABORAR, ADOPTAR BUENA POSTURA							
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: _____				 Firma: _____			
Nombre: CARREÑO PEREZ YENTL PAMELA				Nombre: MARTHA PATRICIA GOMEZ SANCHEZ			
R. M.: 1073671197		L.S.O.: RES. NO. 250118 DE		Código de Seguridad		CC: 39778433	
H1351N1T19008							