



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.877

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
METRO VANS SAS - SST BOGOTA				RICHMOND			
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)							
ESCOBAR HENAO GLORIA NANCY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	34 AÑOS 2 MESES 26 DÍAS	CC	1108206786
Carga						Tipo	Número
MONITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR							
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 Periodico				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR DURANTE LA JORNADA LABORAL SEGÚN PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (ALIMENTACIÓN BALANCEADA, EQUILIBRADA Y EJERCICIO REGULAR 3-5 VECES POR SEMANA).							
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: MARTINEZ LAVERDE FERNANDO ALBERTO				Nombre: ESCOBAR HENAO GLORIA NANCY			
R. M.: 12270366				CC: 1108206786			
L.S.O.: RES.7321 23/08/2025				Código de Seguridad			
				G1351M1S23877			