



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 27.916

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
09 DÍA	08 MES	2025 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)							
GARNICA DAZA PAULA ANDREA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	20 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS	CC	1013258072
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>MONITORA</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CUMPLE PARA LA LABOR ASIGNADA</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
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		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.							
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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 <b>MARÍA DEL PILAR GORDILLO</b> <b>MÉDICO OCUPACIONAL</b> <b>RES. 1196 De 10/02/2023</b>				 <b>Paula A.</b>			
Firma:				Firma:			
Nombre: CC: 51990605 - MARÍA DEL PILAR GORDILLO				Nombre: GARNICA DAZA PAULA ANDREA			
R. M.:		25138/1995		L.S.O.:		RES. 1196 DE 10/02/2023	
				Código de Seguridad			
				CC: 1013258072			
<b>Z1351F1L27916</b>							