



Nº 23.788

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19 DÍA	02 MES	2025 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO			
BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)			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)						
BONILLA CONTRERAS LILIANA PAOLA			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			FEMENINO	34 AÑOS 6 MESES 25 DÍAS	CC	1020765881
Apellidos y Nombres					Tipo	Número
Cargo <b>MONITORA</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR</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 Periodico <input checked="" type="checkbox"/>						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO	
					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. DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y AZUCARES PARA REDUCIR PESO, EJERCICIO CARDIOVASCULAR MÍNIMO 3-5 VECES A LA SEMANA DE 30 A 40 MIN.						
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			
 Dr. Fernando Alberto Martinez L. MEDICO MEDICO MEDICO R.M. 32270366 C.I.C. 900.506.234-4			 Firma: Nombre: BONILLA CONTRERAS LILIANA PAOLA			
Firma:			Firma:			
Nombre: MARTINEZ LAVERDE FERNANDO ALBERTO			Nombre: BONILLA CONTRERAS LILIANA PAOLA			
R. M.: 12270366		L.S.O.: RES.7321 23/08/2019		Código de Seguridad		CC: 1020765881
<b>A1351G1M23788</b>						