



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 18.985

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
22 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
DÍAZ NONSOQUE ANGIE MILENY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	31 AÑOS 10 MESES 4 DÍAS	CC	1020775835
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 <input checked="" type="checkbox"/>							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA		USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
VALORACIÓN EN EPS POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA. 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: DÍAZ NONSOQUE ANGIE MILENY			
R. M.: 1073671197		L.S.O.: RES. NO. 250118 D.E.		Código de Seguridad		CC: 1020775835	
01351U1A18985							