



Nº 23.625

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | | | | | | |
|--|---------------|--|--|----------------------------|-------------------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
| 17 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte) | | | | | | |
| KIMBERLY BARRERA ALBA | | | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
| | | | FEMENINO | 28 AÑOS 7 MESES 14 DÍAS | CC | 1020817618 |
| Apellidos y Nombres | | | | | Tipo | Número |
| Cargo 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 | | | HABITOS SALUDABLES | |
| | | | | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | |
| | | | | | HACER DEPORTE | |
| 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 | | | | |
|  Dr. Fernando A. Martínez L. MEDICO ESPECIALISTA MEDICO OCUPACIONAL TEL. 322-700066 CEL. 505-7323 | |  Kimberly Barrera A. | | | | |
| Firma: | | Firma: | | | | |
| Nombre: MARTINEZ LAVERDE FERNANDO ALBERTO | | Nombre: KIMBERLY BARRERA ALBA | | | | |
| R. M.: 12270366 | | CC: 1020817618 | | | | |
| L.S.O.: RES.7321 23/08/2019 | | Código de Seguridad W1351C1I23625 | | | | |