



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 27,388

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12 DÍA	07 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)							
OCHOA LIZARAZO YULY TATIANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	26 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS	CC	1020839404
						Tipo	Número
<b>MONITORA</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CUMPLE PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
APTO		OSTEOMUSCULAR					
RESTRICIONES 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		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE CARDIOVASCULAR			HABITOS SALUDABLES		
					FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
					CONTROL DE PESO		
					DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
<p>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.</p>							
<b>Médico</b>				<b>Aspirante o Trabajador</b>			
 Profesional: JOSE LUIS ZAMBRANO NUÑEZ CC: 72333366 Registro médico: 254155 Licencia N°: 1069 10/3/2016 <b>Firma:</b> _____				 <b>Firma:</b> _____ <b>Nombre:</b> OCHOA LIZARAZO YULY TATIANA <b>CC:</b> 1020839404			
<b>Nombre:</b> CC: 72333366 - JOSE LUIS ZAMBRANO <b>R. M.:</b> 72333366 <b>L.S.O.:</b> RES. 02257 21/25 <b>Código de Seguridad</b> <b>G1351M1S27388</b>							