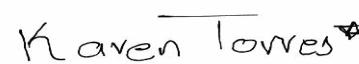




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 26.139

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12 DÍA	05 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)							
KAREN XIMENA TORRES ORTEGA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	21 AÑOS 1 MESES 1 DÍAS	CC	1025522012
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			
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
Examen Médico Físico Músculo-esquelético de Ingreso				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
					HACER DEPORTE		
					NO FUMAR		
					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>			
 <b>DORIS C. GARCIA</b> MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Res. 8735 DE 14/07/2023				 Karen Ximena Torres Ortega			
Firma: _____				Firma: _____			
Nombre: GARCIA ORTEGON DORIS CECILIA				Nombre: KAREN XIMENA TORRES ORTEGA			
R. M.: 51812387		L.S.O.: RES. 8735 DE 14/07/2023		Código de Seguridad		CC: 1025522012	
<b>X1351D1J26139</b>							