



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.898

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
21 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
METRO JUNIOR'S SAS - SST				CENTRO DE COSTOS MONIS GSA					
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)									
MYRIAM DELFINA MORENO ESPINEL				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				FEMENINO		63 AÑOS 0 MESES 17 DÍAS		CC 20795729	
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				HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				SVE OSTEOMUSCULAR				HÁBITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL								FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO									
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 MINIMO 3-5 VECES A LA SEMANA DE 30 A 40 MIN. CONTROL POR MEDICO Y NUTRICION EN EPS.									
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: MARTINEZ LAVERDE FERNANDO ALBERTO				Nombre: MYRIAM DELFINA MORENO ESPINEL					

R. M.: 12270366

L.S.O.: RES.7321 23/08/2006

Código de Seguridad

CC: 20795729

H1351N1T23898