



Nº 23.815

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20 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			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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)						
LUZ MILA ROBLES RODRIGUEZ			Genero	Edad	Documento de Identificación	
			FEMENINO	57 AÑOS 3 MESES 27 DÍAS	CC	26529119
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	
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.						
Médico			Aspirante o Trabajador			
 Dr. Fernando A. Martínez L. MEDICINA LABORAL MEDICO-SOCIALISTA TEL. 322-240666 CEL. 505 7321						
Firma: _____			Firma: _____			
Nombre: MARTINEZ LAVERDE FERNANDO ALBERTO			Nombre: LUZ MILA ROBLES RODRIGUEZ			
R. M.: 12270366			L.S.O.: RES.7321 23/08/2023 Código de Seguridad			
			CC: 26529119			
M1351S1Y23815						