



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.718

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 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				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)							
BASTO ORTEGA FABIOLA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	61 AÑOS 4 MESES 19 DÍAS	CC	39531400
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	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, 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			
Firma:				Firma:			
Nombre: MARTINEZ LAVERDE FERNANDO ALBERTO				Nombre: BASTO ORTEGA FABIOLA			
R. M.: 12270366				CC: 39531400			
L.S.O.: RES.7321 23/08/2018				Código de Seguridad			
				P1351V1B23718			