



Nº 23.644

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO			
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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
NAVARRETE HUERTAS MARIA DEL PILAR				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	60 AÑOS 3 MESES 8 DÍAS	CC	39543107
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo <b>MONITORA</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APLAZADO HASTA VALORACIÓN DEL ESPECIALISTA</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
<b>APLAZADO</b>	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 Periodico				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO							
ESPECIALISTA							
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
QUEDA APLAZADO, DEBE ASISTIR A CONTROL MEDICO POR ORTOPEDISTA PARA DEFINIR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE POSIBLE ESGUINCE MODERADO EN PIE DERECHO							
<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>			
 Dr. Fernando A. Martínez L. MEDICINA GENERAL URGENCIAS Y SEGURO MEDICO R.M.: 12270366 CC: 505 7323				 Firma: _____			
Firma: _____				Firma: _____			
Nombre: MARTINEZ LAVERDE FERNANDO ALBERTO				Nombre: NAVARRETE HUERTAS MARIA DEL PILAR			
R. M.: 12270366		L.S.O.: RES.7321 23/08/2020		Código de Seguridad		CC: 39543107	
<b>H1351N1T23644</b>							