



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.644

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 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)							
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 MONITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APLAZADO HASTA VALORACIÓN DEL ESPECIALISTA							
Observaciones: NO APLICA							
APLAZADO				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	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO							
ESPECIALISTA							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
QUEDA APLAZADO, DEBE ASISTIR A CONTROL MEDICO POR ORTOPEDISTA PARA DEFINIR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE POSIBLE ESGUINCE MODERADO EN PIE DERECHO							
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: <u>Dr. Fernando L. Martinez L.</u> Nombre: MARTINEZ LAVERDE FERNANDO ALBERTO R. M.: 12270366 L.S.O.: RES.7321 23/08/2018 Código de Seguridad H1351N1T23644				 Firma: <u>Navarrete Huertas Maria del Pilar</u> Nombre: NAVARRETE HUERTAS MARIA DEL PILAR CC: 39543107			