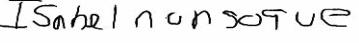




Nº 28.351

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	09 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
				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)							
NONSOQUE QUIROGA MARIA ISABEL				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	55 AÑOS 0 MESES 28 DÍAS	CC	39790675
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo <b>MONITORA</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APLAZADO HASTA VALORACIÓN DEL ESPECIALISTA</b>							
Observaciones: <b>POR CIFRAS TENSIONALES FUERA DE LIMITES</b>							
<b>APTO</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 de Ingreso				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PROGRAMA DE CRONICOS		SVE CARDIOVASCULAR			HABITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL POR MEDICINA GENERAL DE SU EPS					FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
					CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. CONTROL MEDICINA GENERAL DE SU 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			
 <b>MARIA DEL PILAR GORDILLO</b> <b>MEDICO OCUPACIONAL</b> <b>RES. 1196 De 10/02/2023</b> Firma: _____				 Firma: _____			
Nombre: CC: 51990605 - MARIA DEL PILAR GORDILLO				Nombre: NONSOQUE QUIROGA MARIA ISABEL			
R. M.: 25138/1995		L.S.O.: RES. 1196 DE 10/02/2023		Código de Seguridad		CC: 39790675	
<b>R1351X1D28351</b>							