



N° 16,011

# **CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	05 MES	2024 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 Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
LUZ ESTELLA BELTRAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	60 AÑOS 4 MESES 0 DÍAS	CC	51725501
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>MONITORA</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>CUMPLE PARA LA LABOR ASIGNADA</b>							
Observaciones: NO APLICA							
<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		
		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
		SVE OSTEOMUSCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
		CAPACITACIÓN			HACER DEPORTE		
					DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS		
					DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
PX. SE OBSERVA EN OPTIMA CONDICIÓN FÍSICA DE SALUD AL MOMENTO DE LA CONSULTA MÉDICA.							
DEBE MANTENER UNA BUENA ALIMENTACIÓN, EJERCICIOS FÍSICOS Y/O DEPORTES, EVITAR ANSIEDAD, ESTRÉS Y MAL HUMOR.							
DEBE CUIDAR SU SALUD A TRAVÉS DE BUENOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIOS.							
FAVOR CUMPLIR CON LAS PAUSAS ACTIVAS PARA EVITAR DETERIORO DE LA SALUD.							
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>Dr. Lenin J. Irazabal R.</b> Médico Salud Ocupacional Licenciado SST N° 0264 Agregado Profesional							
Firma: _____				Firma: _____			
Nombre: IRAZABAL ROSALES JESUS LENIN				Nombre: LUZ ESTELLA BELTRAN			

R. M.: 1199468

L.S.O.: 8268

Código de Seguridad CC:

51725501

**X1351D1J16011**