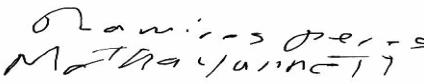




Nº 28.346

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 Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
RAMIREZ PEREZ MARTHA YANET				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	58 AÑOS 10 MESES 26 DÍAS	CC	51916606
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo MONITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: DEBE ASISTIR A VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL DE LA EPS							
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 de Ingreso				 -----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HABITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN POR MD GENERAL DE LA EPS					CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HIGIENE POSTURAL, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. VALORACIÓN POR MD GENERAL DE LA 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			
 MARIA DEL PILAR GORDILLO MEDICO OCUPACIONAL RES. 1196 De 10/02/2023 Firma: _____				 Firma: _____			
Nombre: CC: 51990605 - MARIA DEL PILAR GORDILLO				Nombre: RAMIREZ PEREZ MARTHA YANET			
R. M.: 25138/1995		L.S.O.: RES. 1196 DE 10/02/2023		Código de Seguridad P1351V1B28346			