



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 28.362

|  |               |                                   |                                |  |  |                             |          |
|--|---------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|--|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |               |                                   |                                | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL  |  |                             |          |
| 03<br>DÍA  | 09<br>MES     | 2025<br>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)  |               |                                   |                                |  |  |                             |          |
| ROSA ADELA RODRIGUEZ CENDALES  |               |                                   |                                | Genero   | Edad   | Documento de Identificación |          |
|  |               |                                   |                                | FEMENINO   | 52 AÑOS 6 MESES<br>20 DÍAS   | CC                          | 52056024 |
| Apellidos y Nombres  |               |                                   |                                |  | Tipo   | Número                      |          |
| Cargo<br><b>MONITORA</b>   |               |                                   |                                |  |  |                             |          |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><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  |                             |          |
| USAR MEDIAS ANTIVÁRICAS  |               | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL |                                |  | HÁBITOS SALUDABLES<br>CONTROL DE PESO<br>ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA<br>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.   |               |                                   |                                |  |  |                             |          |
| 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. |               |                                   |                                |  |  |                             |          |
| <b>Médico</b>  |               |                                   |                                | <b>Aspirante o Trabajador</b>  |  |                             |          |
| <br><b>MARIA DEL PILAR GORDILLO</b><br><b>MEDICO OCUPACIONAL</b><br><b>RES. 1196 De 10/02/2023</b>  |               |                                   |                                |  |  |                             |          |
| Firma:   |               |                                   |                                | Firma:   |  |                             |          |
| Nombre: CC: 51990605 - MARIA DEL PILAR GORDILLO  |               |                                   |                                | Nombre: ROSA ADELA RODRIGUEZ CENDALES  |  |                             |          |
| R. M.:   |               | L.S.O.:                           |                                | Código de Seguridad  |  | CC:                         |          |
| 25138/1995   |               | RES. 1196 DE 10/02/2023           |                                | T1351Z1F28362  |  | 52056024                    |          |