


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
Nº 27.403

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14 DÍA	07 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)							
LARGO GALVIS MARTA LILIANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	52 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS	CC	52144235
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo MONITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
APTO	OSTEOMUSCULAR						
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
NO APLICA							
NO APLICA							
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
Examen Médico Físico Músculo-esquelético de Ingreso <input checked="" type="checkbox"/> -----							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					HACER DEPORTE		
					NO FUMAR		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
DIETA BAJA EN HARINAS Y GRASAS, DIETA RICA EN VERDURAS, FRUTAS Y PROTEINAS(EVITAR TODO TIPO DE GRASAS TRANS Y/ULTRAPROCESADOS)							
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			
 DORIS C. GARCIA MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Res 8735 DE 14/07/2023				 LARGO GALVIS MARTA LILIANA Nombre: LARGO GALVIS MARTA LILIANA			
Firma: <input type="text"/>		Firma: <input type="text"/>					
Nombre: CC 51812387 - DORIS CECILIA GARCIA		Nombre: LARGO GALVIS MARTA LILIANA					
R. M.: 51812387		L.S.O.: RES 8735 DE 14/07/2023 Código de Seguridad T1351Z1F27403					