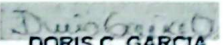





CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 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		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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
Apellidos y Nombres			FEMENINO	52 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS	CC 52144235
Cargo					
MONITORA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
CUMPLE PARA LA LABOR ASIGNADA					
Observaciones: NO APLICA					
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 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 PROTEÍNAS (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 Firma: OCUPACIONAL Res 8735 DE 14/07/2023			 Firma:  Nombre: LARGO GALVIS MARTA LILIANA		
Nombre: CC 51812387 - DORIS CECILIA GARCIA			Nombre: LARGO GALVIS MARTA LILIANA		
R. M.: 51812387			CC: 52144235		
L.S.O.: RES 8735 DE 14/07/2023			Código de Seguridad		
			T1351Z1F27403		