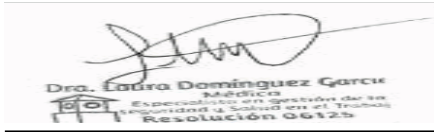


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.707

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	03 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
METRO JUNIOR'S SAS - SST				CENTRO DE COSTOS EVER			
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)							
SANDRA MILENA LONDOÑO SEPULVEDA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	46 AÑOS 6 MESES 2 DÍAS	CC	52285141
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo MONITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CUMPLE CON RECOMENDACIONES							
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		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				SVE OSTEOMUSCULAR		DIETA BALANCEADA	
				NO ALZAR PESO MAYOR DE : 8 KG			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
REQUIERE CONTINUAR SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO MÉDICO POR ESPECIALISTA TRATANTE EN EPS. SE GENERAN RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS POR PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR DE BASE: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, PREVENIR POSTURAS FORZADAS, ANTIGRAVITACIONALES O FUERA DE LOS ÁNGULOS DE CONFORT DE LOS CODOS, MANOS, MUÑECAS BILATERALMENTE, O AGARRES CONTRA RESISTENCIA ALTA, PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES DE FLEXO EXTENSIÓN DE MUÑECAS BILATERALMENTE O AGARRES SOSTENIDOS POR UN MÁXIMO DE 50% DE LA JORNADA DE TRABAJO, PUEDE EXPONERSE A TEMPERATURAS BAJAS DE ORIGEN LABORAL COMO EL CASO DE NEVERAS O DISPOSITIVOS DE CONGELAMIENTO CON TEMPERATURAS QUE NO SEAN INFERIORES A 8°C, FAVORECER CAMBIOS POSTURALES ENTRE SEDESTACIÓN Y BIPEDESTACIÓN, SIN PERMANECER EN UNA MISMA POSICIÓN DURANTE MÁS DE 2 HORAS CONTINUAS, PUEDE SUBIR Y BAJAR ESCALERAS CON BAJA FRECUENCIA DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO, REALIZÁNDOLO CON TÉCNICA ADECUADA, HACIENDO USO DE BARANDAS Y DESPLAZÁNDOSE 1 ESCALÓN A LA VEZ. PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO IMPLIQUE POSTURA DE CUCLILLAS O RODILLAS MIENTRAS PRESENTE CRISIS INFLAMATORIA EN MIEMBROS INFERIORES. MANTENER BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL							
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



Firma:

Nombre: DOMINGUEZ GARCIA LAURA MARIA

R. M.: 1098762624

L.S.O.: RES. 06125 - 31/07/2024



Código de Seguridad

B1351H1N13707

Aspirante o Trabajador

Firma de Sandra Milena Londoño Sepulveda.

Firma:

Nombre: SANDRA MILENA LONDOÑO SEPULVEDA

CC: 52285141