



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 23.762

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
19 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)				
				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)							
MARIA ISABEL CALDERON CASTAÑEDA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	50 AÑOS 1 MESES 22 DÍAS	CC	52330214
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo MONITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR							
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 Periodico				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL					HABITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					NO FUMAR		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR DURANTE LA JORNADA LABORAL SEGÚN PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL.HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (ALIMENTACIÓN BALANCEADA, EQUILIBRADA Y EJERCICIO REGULAR 3-5 VECES POR SEMANA).DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y AZUCARES PARA REDUCIR PESO, EJERCICIO CARDIOVASCULAR MINIMO 3-5 VECES A LA SEMANA DE 30 A 40 MIN.							
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			
 Dr. Fernando A. Martínez L. MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA TEL. 32270006 CEL. 505 7323							
Firma:				Firma:			
Nombre: MARTINEZ LAVERDE FERNANDO ALBERTO				Nombre: MARIA ISABEL CALDERON CASTAÑEDA			
R. M.: 12270366		L.S.O.: RES.7321 23/08/20		Código de Seguridad		CC: 52330214	
T1351Z1F23762							