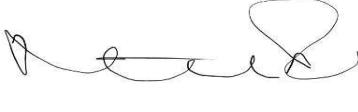




Nº 23,837

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
20 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PERIÓDICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
METRO JUNIOR'S SAS - SST				CENTRO DE COSTOS MONIS GSA			
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)							
RUIZ MOTATO NANCY ADRIANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	45 AÑOS 3 MESES 2 DÍAS	CC	52539237
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>MONITORA</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
APTO	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 Periodico					-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO							
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
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.							
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>			
 <b>Firma:</b> _____				 <b>Firma:</b> _____			
Nombre: MARTINEZ LAVERDE FERNANDO ALBERTO				Nombre: RUIZ MOTATO NANCY ADRIANA			
R. M.: 12270366		L.S.O.: RES.7321 23/08/2009		Código de Seguridad		CC: 52539237	
<b>R1351X1D23837</b>							