



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.434

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
16 DÍA	07 MES	2025 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 VANS SAS - SST BOGOTA				METRO VANS 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)									
VELASQUEZ ALFONSO SHARYN LIZETH				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				FEMENINO		21 AÑOS 2 MESES 18 DÍAS		CC 1020714623	
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo									
AUXILIAR DE OFICINA									
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		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USAR CORRECCIÓN VISUAL				USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES			
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO			
						HACER DEPORTE			
						NO FUMAR			
						DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
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									
Firma:				Firma:					
Nombre: CC: 51812387 - DORIS CECILIA GARCIA				Nombre: VELASQUEZ ALFONSO SHARYN LIZETH					
R. M.: 51812387				L.S.O.: RES. 8735 DE 14/07/2023				CC: 1020714623	
Código de Seguridad									
U1351A1G27434									