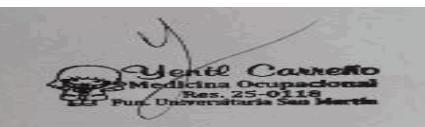




Nº 19.026

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
23 DÍA	08 MES	2024 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 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
MONTES CORREA ROSA ISABEL				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	46 AÑOS 9 MESES 28 DÍAS	CC	60383170
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargo COORDINADORA ADMINISTRATIVA							
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		
		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			FORTALECIMIENTO MUSCULAR		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
VALORACIÓN MÉDICO-OCUPACIONAL, DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES							
DIETA, EJERCICIO PERIODICO SEGÚN CONDICIÓN FÍSICA.							
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES DOS VECES AL DÍA — HIGIENE DE POSTURA HIGIENE DE POSTURA -- ESTIRAMIENTOS Y PRECALENTAMIENTO ESTIRAMIENTOS Y PRECALENTAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE UNA ACTIVIDAD ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE UNA ACTIVIDAD -- HABITOS DE VIDA SALUDABLES HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES -- DIETA DIETA BALANCEADA BALANCEADA							
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			
 Firma:				 Firma:			
Nombre: CC: 1073671197 - YENTL PAMELA CARREÑO				Nombre: MONTES CORREA ROSA ISABEL			
R. M.: 1073671197		L.S.O.: RES. NO. 250118 D.E.		Código de Seguridad		CC: 60383170	
J1351P1V19026							