

	<b>Certificado de Aptitud</b> Informe seguridad y salud en el trabajo		
	EMPRESA		
	METRO JUNIORS SAS		

ACTIVIDAD ECONOMICA: TRANSPORTE DE PASAJEROS
--

CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	26/10/2019	TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.032.363.255	EDAD	33	GENERO	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	GARCIA SOLER NURY YAMILE				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	CARGO U OFICIO	MONITORA		

EXAMENES REALIZADOS	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO	
CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto para trabajar sin restricciones	N/A

OBSERVACIONES
---------------


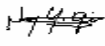
USO PERMANTEN DE CORRECCION VISUAL CON FORMULA ACTUALIZADA
--

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
---------------------------------

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA
--

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR
------------------------------------

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

<b>Consentimiento informado del aspirante o trabajador</b>	
Yo <u>GARCIA SOLER NURY YAMILE</u> identificado con CC No. <u>1.032.363.255</u> . Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).	
Profesional  DRA DIANA ROCÍO BARRANTES MORENO	Aspirante o trabajador  CC. 1.032.363.255
SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: 744 63 46 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com	