

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

**ACTIVIDAD ECONOMICA:** TRANSPORTE DE PASAJEROS

<b>CIUDAD</b>	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S				
<b>FECHA</b>	13/08/2019	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PRE-INGRESO		
<b>NO. DOCUMENTO</b>	CC. 35.462.744	<b>EDAD</b>	61	<b>GENERO</b>	F
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	LOZANO ORTIZ YOLANDA ETHY				
<b>TIPO DE CARGO</b>	OPERATIVO	<b>CARGO U OFICIO</b>	MONITORA DE RUTA		

**EXAMENES REALIZADOS**

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO

<b>CONCEPTO DE APTITUD</b>	<b>OTROS CONCEPTOS</b>
Apto para trabajar sin restricciones	N/A

**RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA**

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

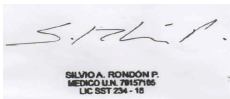
**RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR**

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - HACER USO DE MEDIAS CON GRADIENTE DE PRESIÓN INDICADA POR MEDICO TRATANTE

**Consentimiento informado del aspirante o trabajador**

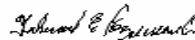
Yo LOZANO ORTIZ YOLANDA ETHY identificado con CC No. 35.462.744. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización 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 Epidemiológica 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



SILVIO A. RONDON P.  
MEDICO U.M. 78157185  
LIC SST 234 - 18

Aspirante o trabajador



DR. SILVIO RONDON PEREZ LIC SST 234 - 18

CC. 35.462.744

SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: 744 63 46 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA  
www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com