



# Certificado de aptitud

## Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

METRO JUNIORS SAS



CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	04/03/2019	TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.020.758.012	EDAD	28	GENERO	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GARCIA BUSTOS CARLOS ALBERTO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	CARGO U OFICIO	CONDUCTOR		

**EXAMENES REALIZADOS**

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA - PRUEBA DE COORDINACIÓN MOTRIZ - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG

**CONCEPTO DE APTITUD**

Apto para trabajar sin restricciones

**OTROS CONCEPTOS**

N/A

**OBSERVACIONES**

SE DA CONSEJERIA DE BUENOS HABITOS DE VIDA, ACTIVIDAD FISICA Y ALIMENTACION BALANCEADA  
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN ELASTICA DURANTE LA JORNADA LABORAL  
SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR NUTRICIÓN EN EPS.  
CONTINUAR EN PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA

**RECOMENDACIONES**

CONTROL PERIÓDICO ANUAL - PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL - CONTROL DE PESO - ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR (150 MINUTOS SEMANALES) - ALIMENTACIÓN BALANCEADA - PAUSAS ACTIVAS DURANTE 10 MIN POR CADA 2 HORAS DE EXPOSICIÓN AL RIESGO - USO MEDIAS CON GRADIENTE DE PRESIÓN BAJA DE FORMA PREVENTIVA (MEDIAS PARA VÁRICES)

**RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA**

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - EVITAR EXPOSICION A RUIDO EXTRALABORAL Y USO DE AUDIFONOS DE RECREACION CONDUCIR VENTANA CERRADA Y USO DEL TELEFONO ALTERNANDO SUS DOS OIDOS

**RECOMENDACIONES OPTOMETRIA**

PAUSAS ACTIVAS- DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO - CONTROL ANUAL - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

**Consentimiento informado del aspirante o trabajador**

Yo GARCIA BUSTOS CARLOS ALBERTO identificado con CC No. 1.020.758.012. 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

Aspirante o trabajador

DRA. SANDRA PATRICIA LOPEZ - REG 3684

CC. 1.020.758.012

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