

Rota 28 cm

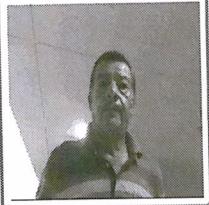


## Certificado de aptitud

## Informe seguridad y salud en el trabajo

## EMPRESA

METRO JUNIORS SAS



CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S			
FECHA	09/03/2019	TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO	
NO. DOCUMENTO	CC. 438.057	EDAD	66	GENERO M
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIAZ CASTILLO JESUS			
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	CARGO U OFICIO	CONDUCTOR	

## **EXAMENES REALIZADOS**

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

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

## OBSERVACIONES

#### CONTROLES MENSUALES EN EPS, POR PATOLOGÍAS CRÓNICAS.

## **RECOMENDACIONES**

MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL - USAR EPP PROPIOS A CARGO - CONTROL PERIÓDICO ANUAL - CONTROL EN LA EPS - PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL - CONTROL DE PESO - ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR (150 MINUTOS SEMANALES) - ALIMENTACIÓN BALANCEADA - CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL - SEGUIMIENTO POR EPS - HIGIENE DE COLUMNA - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - SVE CONSERVACIÓN AUDITIVA - SVE CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR

#### **RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA**

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO EXTRALABORAL Y USO DE AUDIFONOS DE RECREACION CONDUCIR VENTANA CERRADA - PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN CONSERVACIÓN AUDITIVA - CAPACITACIÓN DE FACTOR DE RIESGO

## **RECOMENDACIONES OPTOMETRIA**

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

#### **Consentimiento informado del aspirante o trabajador**

Yo DIAZ CASTILLO JESUS identificado con CC No. 438.057. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen 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

S. P. H. L. M.

## Aspirante o trabajador

---

DR SILVIO RONDON PEREZ LIC SST 234 - 18

CC. 438.057

SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: 744 63 46 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA  
[www.medilaboral.com](http://www.medilaboral.com) [jefaturadeservicios@medilaboral.com](mailto:jefaturadeservicios@medilaboral.com)