

 MEDILABORAL	Certificado de aptitud Informe seguridad y salud en el trabajo		
	EMPRESA		
	METRO JUNIORS SAS		

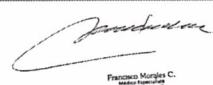


CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	06/02/2019	TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 79.870.261	EDAD	43	GENERO	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	FLOREZ CAMARGO JUAN ENRIQUE				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	CARGO U OFICIO	CONDUCTOR		

EXAMENES REALIZADOS	
AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA - PRUEBA DE COORDINACIÓN MOTRIZ - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG	
CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto para trabajar sin restricciones	N/A

RECOMENDACIONES
CAPACITACIONES - MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL - CONTROL DE PESO - ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR (150 MINUTOS SEMANALES) - ALIMENTACIÓN BALANCEADA - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL - CONTROL POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA ANUAL - SVE CONSERVACIÓN VISUAL - SVE CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA
CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - LAVADO AUDITIVO AMBOS OÍDOS - SE INDICA PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - CONDUCIR CON VENTANA CERRADA, ALTERNAR TELÉFONO EN AMBOS OÍDOS.

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA
PAUSAS ACTIVAS- DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO - CONTROL OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCIÓN - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

Consentimiento informado del aspirante o trabajador	
Yo <u>FLOREZ CAMARGO JUAN ENRIQUE</u> identificado con CC No. <u>79.870.261</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 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   DR FRANCISCO MORALES LSO 13936	Aspirante o trabajador  CC. 79.870.261
SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: 744 63 46 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com	