

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

<b>CIUDAD</b>	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S				
<b>FECHA</b>	04/03/2019	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PRE-INGRESO		
<b>NO. DOCUMENTO</b>	CC. 80.415.573	<b>EDAD</b>	50	<b>GENERO</b>	M
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	CORTES GOMEZ FRANCISCO ADOLFO				
<b>TIPO DE CARGO</b>	OPERATIVO	<b>CARGO U OFICIO</b>	CONDUCTOR		

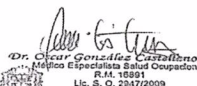
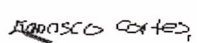
<b>EXAMENES REALIZADOS</b>	
AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA - PRUEBA DE COORDINACIÓN MOTRIZ - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG	
<b>CONCEPTO DE APTITUD</b>	<b>OTROS CONCEPTOS</b>
Apto para trabajar sin restricciones	N/A

<b>OBSERVACIONES</b>
SE RECOMIENDA VALORACION POR MEDICO GENERAL EN EPS. CONTINUAR EN PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS CON EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTOS DE MIEMBROS SUPERIORES.

<b>RECOMENDACIONES</b>
CONTROL PERIÓDICO ANUAL - CONTROL EN LA EPS - PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL - CONTROL DE PESO - ALIMENTACIÓN BALANCEADA - PAUSAS ACTIVAS DURANTE 10 MIN POR CADA 2 HORAS DE EXPOSICIÓN AL RIESGO

<b>RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA</b>
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

<b>RECOMENDACIONES OPTOMETRIA</b>
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

<b>Consentimiento informado del aspirante o trabajador</b>	
<p>Yo <u>CORTES GOMEZ FRANCISCO ADOLFO</u> identificado con CC No. <u>80.415.573</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).</p>	
<b>Profesional</b>  <small>Dr. Oscar González Castellanos Médico Especialista Salud Ocupacional R.M. 16891 Lto. S. O. 25472209 C.C. 79277097</small>	<b>Aspirante o trabajador</b> 
DR. OSCAR EDUARDO GONZALEZ LSO 2947 DEL 21/04/2009	CC. 80.415.573
SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: 744 63 46 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA <a href="http://www.medilaboral.com">www.medilaboral.com</a> <a href="mailto:jefaturadeservicios@medilaboral.com">jefaturadeservicios@medilaboral.com</a>	