

	Certificado Médico Informe seguridad y salud en el trabajo		
	EMPRESA		
	PARTICULAR		

NO. CERTIFICADO	1.031.935				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	30/08/2022	TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 79.797.399	EDAD	43	GENERO	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	GARCIA CAÑON DANIEL ANDRES				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	CARGO U OFICIO	CONTRATISTA		

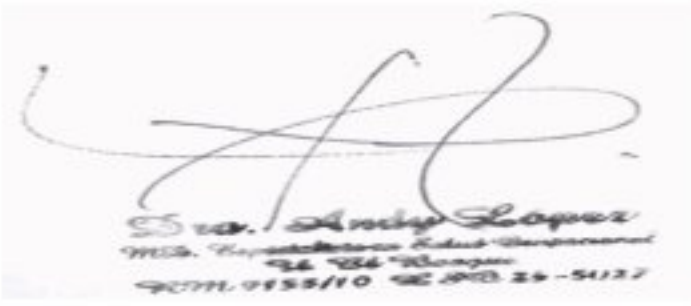

EXÁMENES REALIZADOS	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA	
CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Sin restricciones para el cargo	NA

OBSERVACIONES
-SE RECOMIENDA VALORACIÓN CON OPTOMETRIA PARA FORMULACIÓN DE CORRECCIÓN ÓPTICA.-SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDADES QUE NO CONLLEVEN DISCRIMINACIÓN O DIFERENCIACIÓN DE COLORES.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR
SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA
CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

Consentimiento informado del aspirante o trabajador	
Yo <u>GARCIA CAÑON DANIEL ANDRES</u> identificado con CC No. <u>79.797.399</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 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 	Aspirante o trabajador 
DRA. ANDY JOHANA LÓPEZ GONZALEZ - LSO 25-5027 DE 2015	CC. 79.797.399
SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: 744 63 46 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com	