

	Certificado Médico Informe seguridad y salud en el trabajo		
	EMPRESA		
	JEOPROBE SAS		

ACTIVIDAD ECONOMICA:	ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA
-----------------------------	---

CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	18/01/2020	TIPO DE EXAMEN	PERIODICO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.088.338.071	EDAD	23	GENERO	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALZATE GOMEZ MARIA JULIANA				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	CARGO U OFICIO	INGENIERO DE APOYO		

EXAMENES REALIZADOS AUDIOMETRÍA - COLESTEROL HDL - COLESTEROL LDL - COLESTEROL TOTAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO PERIODICO - GLICEMIA PRE - OPTOMETRIA - TRIGLICÉRIDOS	
CONCEPTO DE APTITUD Sin restricciones para el cargo	OTROS CONCEPTOS NA

OBSERVACIONES DIETA BAJA EN GRASAS
--

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
--

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

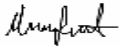
SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - NO EXCEDER EL USO DE AUDÍFONOS DE MÚSICA MÁS DE UNA HORA AL DÍA, ALTERNAR TELÉFONO EN AMBOS OÍDOS - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO AL RIESGO DE EXPOSICIÓN

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

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

Consentimiento informado del aspirante o trabajador	
Yo <u>ALZATE GOMEZ MARIA JULIANA</u> identificado con CC No. <u>1.088.338.071</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  DRA DIANA ROCÍO BARRANTES MORENO	Aspirante o trabajador  CC. 1.088.338.071
SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: 744 63 46 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA www.medilaboral.com jefaturadeservicios@medilaboral.com	