



# GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

NIT: 900795746 - 1

Correos Quibdó: Ordenesgolden@hotmail.com.co, Contabilidadgso@hotmail.com.co - Celular: 3218675199

Correos Urabá: goldenservicessasuraba@gmail.com Celular: 3226814155

www.goldenservices.com.co



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.933

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
30	05	2024	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS PARA CONDUCCION					
DÍA	MES	AÑO	Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
TRANSPORTE PROGRESO DEL CHOCO LTDA				TRANSPORTE PROGRESO DEL CHOCO LTDA					
Nombre de la empresa				Empresa en misión					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)									
MOSQUERA HINESTROZA ANDRES ALEIXON				Genero		Edad		Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO		36 AÑOS 8 MESES 17 DÍAS		1003984008	
				Teléfonos		CC		Número	
Carga									
CONDUCTOR									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)									
Observaciones: NO APLICA									
APTO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS									
SI									
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				✓		GLICEMIA		✓	
AUDIOMETRIA				✓		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		✓	
COLESTEROL				✓		DROGAS ABUSO		✓	
TRIGLICERIDOS				✓		VISIOMETRIA		✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO								HÁBITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO								CONTROL DE PESO	
VALORACIÓN POR EPS : POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN POR IMC 39								ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
								HACER DEPORTE	
								DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
PAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS. UTILIZAR PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO SILICONA EN AMBIENTES RUIDOSOS. SELECCIONAR LA PROTECCIÓN RESPIRATORIA ADECUADA TENIENDO EN CUENTA NIVEL DE EXPOSICIÓN, CONDICIONES DEL TRABAJADOR Y TIPO DE TRABAJO. NO DEBE MOVILIZAR CARGAS DESDE EL PISO SUPERIORES A 25 KG SOBRE HOMBROS O ESPALDA. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN MANEJO DEFENSIVO Y SEGURO. SE RECOMIENDA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO DEFINIDAS EN EL PROGRAMA DE LA PREVENCIÓN AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. NO CONSUMIR MEDICAMENTOS ATIGRIPALES O ANTIHISTAMINICOS 12 HORAS ANTES DE UN VIAJE.									
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									

**Médico****Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: GOMEZ PALACIOS YANINSON SCOOT

R. M.: 270029

L.S.O.: 5626



Firma:

Nombre: MOSQUERA HINESTROZA ANDRES ALEIXON

CC: 1003984008