



# GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

NIT: 900795746 - 1

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

Correos Urabá: goldenservicessuraba@gmail.com Celular: 3226814155

[www.goldenservices.com.co](http://www.goldenservices.com.co)



Nº 6.933

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL <b>EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS PARA CONDUCCION</b>			
30 DÍA	05 MES	2024 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	Ciudad	Genero	Edad	Documento de Identificación
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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 Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
MOSQUERA HINESTROZA ANDRES ALEIXON				Genero MASCULINO	Edad 36 AÑOS 8 MESES 17 DÍAS	Documento de Identificación CC	1003984008 Número
Apellidos y Nombres				Teléfonos	Tipo		
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
APTO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS							<b>SI</b>
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES			TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA			
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
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		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
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**

Firma:



Nombre: GOMEZ PALACIOS YANINSON SCOOT  
R. M.: 270029

L.S.O.: 5626

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MOSQUERA HINESTROZA ANDRES ALEXON  
CC: 1003984008