



# 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 2.757

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL <b>EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR</b>			
31 DÍA	07 MES	2023 AÑO	QUIBDÓ (COLOMBIA, CHOCÓ) Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE <b>TRANSPORTE PROGRESO DEL CHOCO LTDA</b> <b>TRANSPORTE PROGRESO DEL CHOCO LTDA</b>							
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)							
<b>MENA ALVAREZ KELY JHOANA</b> Apellidos y Nombres				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	36 AÑOS 8 MESES 21 DÍAS	NUIF	1012329854
				Teléfonos		Tipo	Número
Cargo <b>AUXILIAR CONTABLE</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)</b>							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)						N/A	
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES			
			NO APLICA	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				✓	VISIOMETRIA	✓	
AUDIOMETRIA				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					HABITOS SALUDABLES		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN POR IMC 39					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS. NO DEBE MOVILIZAR CARGAS DESDE EL PISO SUPERIORES A 12.5 KG SOBRE HOMBROS O ESPALDA. USAR SILLA ERGONÓMICA.							
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: _____				Firma: _____			
Nombre: GOMEZ PALACIOS YANINSON SCOOT R. M.: 270029      L.S.O.: 5626				Nombre: MENA ALVAREZ KELY JHOANA NUIP: 1012329854			