

# GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

NIT: 900795746 - 1



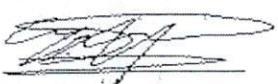
Correos Quibdó: Ordenesgolden@hotmail.com.co, Contabilidadgso@hotmail.com.co - Celular: 3218675199

Correos Urabá: goldenservicesuraba@gmail.com Celular: 3226814155

www.goldenservices.com.co

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 2.742

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
28 DÍA	07 MES	2023 AÑO	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR		
QUIBDÓ (COLOMBIA, CHOCÓ) Ciudad					
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 CORDOBA JHON JAIRO Apellidos y Nombres			Genero MASCULINO	Edad 37 AÑOS 0 MESES 11 DÍAS	Documento de Identificación NUIF 1077426031 Tipo Número
Cargo <b>DIRECTOR OPERATIVO MUNICIPAL</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) <span style="float: right;">N/A</span>					
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES		TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES		
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>					
EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL AUDIOMETRIA		✓ ✓	VISIOMETRIA -----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS USAR CORRECCIÓN VISUAL: PERMANENTE EXÁMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE	
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b> PAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS. NO DEBE MOVILIZAR CARGAS DESDE EL PISO SUPERIORES A 25 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: MOSQUERA CORDOBA JHON JAIRO NUIP: 1077426031			