

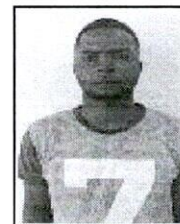
GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

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° 2.822

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
08	08	2023	QUIBDÓ (COLOMBIA, CHOCÓ)	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS PARA CONDUCCION							
DÍA	MES	AÑO	Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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)											
PALACIOS HINESTROZA KALEC EMILIO				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				MASCULINO		35 AÑOS 0 MESES 12 DÍAS		CC 1010120842			
Apellidos y Nombres				Teléfonos		Tipo		Número			
CARGO								CONDUCTOR			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL								APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)			
Observaciones: NO APLICA											
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)								N/A			
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				✓		TRIGLICERIDOS ✓					
AUDIOMETRIA				✓		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ✓					
COLESTEROL				✓		DROGAS ABUSO ✓					
GLICEMIA				✓		VISIOMETRIA ✓					
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO											
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO											
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
PAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS. UTILIZAR PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO SILICONA EN AMBIENTES RUIDOSOS TANTO LABORALES COMO POR FUERA DEL TRABAJO. 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:				Firma:							
Nombre: GOMEZ PALACIOS YANINSON SCOOT				Nombre: PALACIOS HINESTROZA KALEC EMILIO							
R. M.: 270029 L.S.O.: 5626				CC: 1010120842							