



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

Nº 6.737

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
17	05	2024	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR					
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)									
PALACIOS PALOMEQUE YURIS YESENIA				Genero		Edad		Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO		33 AÑOS 8 MESES 19 DÍAS		CC	1017184364
				Teléfonos				Tipo	Número
Cargo									
TAQUILLERA									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA									
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				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			
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
						HACER DEPORTE			
						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				Nombre: PALACIOS PALOMEQUE YURIS YESENIA					
R. M.: 270029 L.S.O.: 5626				CC: 1017184364					