



GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

NIT: 900795746 - 1

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

Correos Urabá: goldenservicesasuraba@gmail.com Celular: 3226814155

www.goldenservices.com.co



Nº 6.617

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| | | | | | |
|--|-----------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR | | |
| 09 DÍA | 05 MES | 2024 AÑO | QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA) | | |
| | | | 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 Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte) | | | | | |
| LEMUS VIVERO CARMEN ELENA | | | Genero | Edad | Documento de Identificación |
| Apellidos y Nombres | | | FEMENINO | 34 AÑOS 4 MESES 9 DÍAS | CC 1076383443 |
| | | | Telefonos | | 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 SIN RESTRICCIONES LABORALES | | TIPO NO APLICA | RECOMENDACIONES 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 | |
| USAR MEDIAS ANTIVÁRICES | | | | HABITOS SALUDABLES | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE | | | | CONTROL DE PESO | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | HACER DEPORTE | |
| VALORACIÓN POR EPS : POR MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL Y NUTRICIÓN EN SU EPS POR IMC 43.44 | | | | 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 | | | |
| | | Carmen E. | | | |
| Firma: | | Firma: | | | |
| Nombre: GOMEZ PALACIOS YANINSON SCOOT | | Nombre: LEMUS VIVERO CARMEN ELENA | | | |
| R. M.: 270029 | | CC: 1076383443 | | | |