

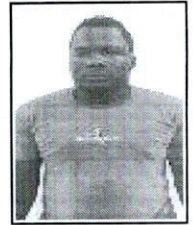
GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

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



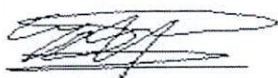
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.826

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
20 DÍA	03 MES	2024 AÑO	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS PARA CONDUCCION	
QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)				
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 CUESTA ANDRES			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	26 AÑOS 4 MESES 7 DÍAS
			Documentos de Identificación	CC
			1077452107	Número
Carga				
CONDUCTOR				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
SIN RESTRICCIÓN				
Observaciones: NO APLICA				
APTO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS				
SI				
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			GLICEMIA	
AUDIOMETRIA			PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	
COLESTEROL			DROGAS ABUSO	
TRIGLICERIDOS			VISIOMETRIA	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				HABITOS SALUDABLES
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO				CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : POR NUTRICIÓN POR IMC 35				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
				HACER DEPORTE
				DIETA BALANCEADA
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 SCOT

Nombre: PALACIOS CUESTA ANDRES

R. M.: 270029 L.S.O.: 5626

CC: 1077452107