

GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

NIT: 900795746 - 1



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

Correos Urbá: goldenservicessuraba@gmail.com Celular: 3226814155

www.goldenservices.com.co

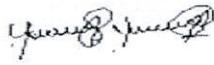
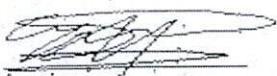
Nº 2.663

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
22 DÍA	07 MES	2023 AÑO	QUIBDÓ (COLOMBIA, CHOCÓ)	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS PARA CONDUCCIÓN				
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)								
QUESADA CORDOBA YANIER YASED				Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres				MASCULINO	29 AÑOS 7 MESES 11 DÍAS	CC	1078117434	
				Teléfonos		Tipo	Número	
CONDUCTOR								
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL								
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)								
Observaciones: NO APLICA								
APTO PARA CONDUCCIÓN DE VEHICULOS <input checked="" type="checkbox"/> SI								
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		TRIGLICERIDOS		<input checked="" type="checkbox"/>				
AUDIOMETRIA		PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		<input checked="" type="checkbox"/>				
COLESTEROL		DROGAS ABUSO		<input checked="" type="checkbox"/>				
GLICEMIA		VISIOMETRIA		<input checked="" type="checkbox"/>				
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				
				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 ATÍGRIPALES O ANTIHISTAMÍNICOS 12 HORAS ANTES DE UN VIAJE.								
<p>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.</p>								

Médico

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GOMEZ PALACIOS YANINSON SCOOT
R. M.: 270029 L.S.O.: 5626

Firma:

Nombre: QUESADA CORDOBA YANIER YASED
CC: 1078117434