

GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

NIT: 900795746 - 1



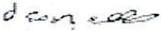
Correos Quibdó: Ordenesgolden@hotmail.com.co, Contabilidadgso@hotmail.com.co - Celular: 3218675199

Correos Urabá: goldenservicesasuraba@gmail.com Celular: 3226814155

www.goldenservices.com.co

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 2.679

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS PARA CONDUCCIÓN		
24 DÍA	07 MES	2023 AÑO	QUIBDÓ (COLOMBIA, CHOCÓ)		
			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, Gedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
RIVAS BENITEZ JEAN CARLOS			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			MASCULINO	27 AÑOS 10 MESES 29 DÍAS	CC 1078117689
			Teléfonos		Tipo Número
CARGO 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 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		
AUDIOMETRIA		✓	PRUEBA PSICOSENSÓMETRICA		
COLESTEROL		✓	DROGAS ABUSO		
GLICEMIA		✓	VISIOMETRIA		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
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 OVILIZAR CARGAS DESDE EL PISO SUPERIORES A 25 KG Ó 50 KG SÓBRE HOMBROS O ESPALDA. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN MANEJO DEFENSIVO Y SÉGURO. 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 remita 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 SCOTT		Nombre: RIVAS BENITEZ JEAN CARLOS			
R. M.: 270029		L.S.O.: 5626			
CC: 1078117689					