

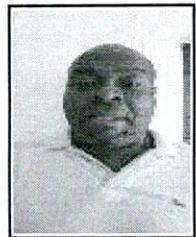
GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

NIT: 900795746 - 1

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

Correos Urabá: goldenservicessuraba@gmail.com Celular: 3226814155

www.goldenservices.com.co



Nº 7.887

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

| | | | | |
|-----------|-----------|-------------|--|---|
| 05 DÍA | 08 MES | 2024 AÑO | QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA) Ciudad | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
| | | | | EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS PARA CONDUCCION |

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 Extranjeria, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

| HURTADO MOSQUERA NORBERTO ANDERSON | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|------------------------------------|-----------|------------------------|-----------------------------|----------|
| | MASCULINO | 43 AÑOS 7 MESES 6 DÍAS | CC | 11707095 |
| Apellidos y Nombres | Telefonos | | 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 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 | ✓ | TRIGLICERIDOS | ✓ |
| AUDIOMETRIA | ✓ | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA | ✓ |
| COLESTEROL | ✓ | DROGAS ABUSO | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | VISIOMETRIA | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| | | HABITOS SALUDABLES |
| | | 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 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:

Nombre: GOMEZ PALACIOS YANINSON SCOOT

R. M.: 270029

L.S.O.: 5626



Firma:

Nombre: HURTADO MOSQUERA NORBERTO ANDERSON

CC: 11707095