



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

Nº 2.660

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS PARA CONDUCCIÓN		
22 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, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)			
GONZALEZ PALACIOS ALFONSO		Genero	Edad
Apellidos y Nombres		MASCULINO	53 AÑOS 11 MESES 10 DÍAS
		Teléfonos	CC 11,798119
			Tipo Número
30 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 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 PSICOSENSOMETRICA	
COLESTEROL		DROGAS ABUSO	
GLICEMIA		VISIONMETRIA	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		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 CADEA 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.			
<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

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

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: GONZALEZ PALACIOS ALFONSO
CC: 11798119