



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 6.681

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS PARA CONDUCCION			
15 DÍA	05 MES	2024 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)			
			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)						
MORENO BERMUDEZ AGUSTIN				Genero MASCULINO	Edad 47 AÑOS 8 MESES 25 DÍAS	Documento de Identificación CC 11805363 Tipo Número
Apellidos y Nombres				Teléfonos		
Cargo CONDUCTOR						
INCEPTEO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA						
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			✓	GLICEMIA		
AUDIOMETRIA			✓	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		
COLESTEROL			✓	DROGAS ABUSO		
TRIGLICERIDOS			✓	VISIOMETRIA		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISIÓN PRÓXIMA					HABITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					CONTROL DE PESO	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
VALORACIÓN POR EPS : POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN POR IMC 42					HACER DEPORTE	
					DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
CAUSAS ACTIVAS, CON ACTIVIDADES DE AL MENOS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS. UTILIZAR PROTECCIÓN AUDITIVA TIPO SILICONA EN AMBIENTES RUIDOSOS. 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 PSICOGÁCTIVAS. NO CONSUMIR MEDICAMENTOS ATIGRIPALES O ANTIHISTAMÍNICOS 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**

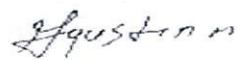
Firma:



Nombre: GOMEZ PALACIOS YANINSON SCOOT
R. M.: 270029

L.S.O.: 5626

Firma:



Nombre: MORENO BERMUDEZ AGUSTIN
CC: 11805363