

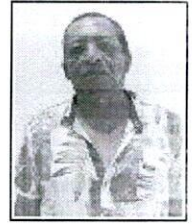
GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

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

N° 6.745

| | | | | | |
|--|-----------|-------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | |
| 20 DÍA | 05 MES | 2024 AÑO | EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS PARA CONDUCCION | | |
| QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA) | | | | | |
| Ciudad | | | | | |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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) | | | | | |
| ARIAS MACHADO JUAN ESTEBAN | | | Genero | Edad | Documento de Identificación |
| Apellidos y Nombres | | | MASCULINO | 70 AÑOS 2 MESES 18 DÍAS | CC 15480834 |
| | | | Telefonos | | Tipo Número |
| Cargo | | | | | |
| CONDUCTOR | | | | | |
| CONCEPTO 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 | | 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 | | ✓ | GLICEMIA | | ✓ |
| AUDIOMETRIA | | ✓ | PRUEBA PSICOSENSOMETRICA | | ✓ |
| COLESTEROL | | ✓ | DROGAS ABUSO | | ✓ |
| TRIGLICERIDOS | | ✓ | VISIOMETRIA | | ✓ |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES | |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | | | | HABITOS SALUDABLES | |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | | | CONTROL DE PESO | |
| | | | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA | |
| | | | | 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 L/S 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. | | | | | |