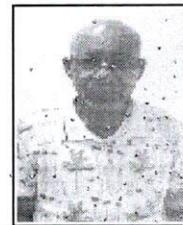


GOLDEN SERVICES OUTSOURCING S.A.S

NIT: 900795746 - 1



Correos Quibdó: Ordenesgolden@hotmail.com.co, Contabilidadgso@hotmail.com.co - Celular: 3218678199

Correos Urabá: goldenservicessasuraba@gmail.com Celular: 3226814155.

www.goldenservices.com.co

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 2,642

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
21 DÍA	07 MES	2023 AÑO	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS PARA CONDUCCIÓN		
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 Extranjeria, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
DIAZ JAIME Apellidos y Nombres			Genero MASCULINO	Edad 66 AÑOS 10 MESES 18 DÍAS	Documento de Identificación CC 16259047 Número
Apelido y Nombres			Teléfonos		
Cargo CONDUCTOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)					
Observaciones: NO APLICA					
APTO PÁRA CONDUCCION DE VEHICULOS SI					
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES		TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		<input checked="" type="checkbox"/>	TRIGLICERIDOS <input checked="" type="checkbox"/>		
AUDIOMETRIA		<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBA PSICOSENSOMETRICA <input checked="" type="checkbox"/>		
COLESTEROL		<input checked="" type="checkbox"/>	DROGAS ABUSO <input checked="" type="checkbox"/>		
GLICEMIA		<input checked="" type="checkbox"/>	VISIOMETRIA <input checked="" type="checkbox"/>		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO					
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO					
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 PRÓTECCIÓN RESPIRATORIA DÉCUADA TENIENDO EN CUENTA NIVEL DE EXPOSICIÓN, CONDICIONES DEL TRABAJADOR Y TIPO DE TRABAJO. NO DEBE MOVILIZAR CARGAS DESDE EL PISO SUPERIORES A 15 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 MÉDICAMENTOS 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 éste 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:		Firma:			
Nombre: GOMEZ PALACIOS YANINSON SCOOT		Nombre: DIAZ JAIME			
R. M.: 270029		CC: 16259047			
L.S.O.: 5626					