



# 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

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 2.636

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
19 DÍA	07 MES	2023 AÑO	QUIBDÓ (COLOMBIA, CHOCÓ)		
Ciudad			EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS PARA CONDUCCIÓN		

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

TRANSPORTE PROGRESQ 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)

MENA MORENO YOBANNY

Genero	Edad	Documento de Identificación
MASCULINO	46 AÑOS 9 MESES 18 DÍAS	CC 79803053
Apellidos y Nombres	Teléfonos	Tipo Número

CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)**

Observaciones: NO APLICA

APTO PARA CONDUCCIÓN 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	✓	VISIONETRIA	✓

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
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO		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 entes 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: MENA MORENO YOBANNY

CC: 79803053