



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



N° 3.589

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
08 DÍA	11 MES	2023 AÑO	QUIBDÓ (COLOMBIA, CHOCÓ)	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PACIENTES PARTICULARES				PARTICULARES			
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)							
AGUILAR ORTIZ ALEXIS ANTONIO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	40 AÑOS 6 MESES 8 DÍAS	CC	12023474
				Teléfonos		Tipo	Número
Cargo INGENIERO AGROFORESTAL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO) Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
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				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
					HABITOS SALUDABLES		
					CONTROL DE PESO		
					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 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. CAPACITAR EN PREVENCIÓN DE RIESGO PÚBLICO.							
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:				Firma:			
Nombre: GOMEZ PALACIOS YANINSON SCOOT				Nombre: AGUILAR ORTIZ ALEXIS ANTONIO			
R. M.: 270029 L.S.O.: 5626				CC: 12023474			