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° 20.422

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	08 MES	2026 AÑO	APARTADÓ (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS EN MANIPULACION DE PRODUCTOS QUIMICOS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PACIENTES PARTICULARES APARTADÓ	PACIENTES PARTICULARES APARTADÓ

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8299 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
NAVARRO AVILES JUAN GUILLERMO	MASCULINO	39 AÑOS 7 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	1128267583 (Número)

Cargo

MEDICO VETERINARIO Y ZOOTECNISTA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	AXA COLPATRIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICO-LABORALES PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

SI	SU CONDICION DE SALUD ES SATISFACTORIA PARA LA LABORAR

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	✓	CREATININA	✓
ESPIROMETRIA	✓	TRANSAMINASA (GPT)	✓
VISIOMETRIA..	✓	HEMOGRAMA	✓
TRANSAMINAZA (GOT)	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL Y NUTRICIÓN CLÍNICA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE CARDIOVASCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PRACTICAS DE HIGIENE POSTURAL Y REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

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



Firma:

Nombre: CC: 92557824 - MARIO ALBERTO PAJARO

R. M.: 2021060009909 **L.S.O.:** 9909*

Código de Seguridad

X109D1J20422

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: NAVARRO AVILES JUAN GUILLERMO

CC: 1128267583