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° 21.246

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	10 MES	2026 AÑO	APARTADÓ (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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: **NO REPORTA**

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	
MOSQUERA MATURANA GIRLAINER JULIETH	FEMENINO	34 AÑOS 2 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1028009004 (Número)

Cargo: **TECNOLOGA EN AGUA Y SANEAMIENTO BASICO**

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES MÉDICO-LABORALES PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

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
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	DEJAR DE FUMAR
VALORACIÓN POR EPS	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-SE REALIZA UNA EVALUACIÓN DE SU AGUDEZA VISUAL POR MEDICO, PRESENTA UNA DISMINUCIÓN DE SU CAPACIDAD VISUAL UNILATERAL, CON VISIÓN IRRESTRICTA DEL OTRO OJO GRACIAS A SU CORRECCIÓN, POR LO QUE NO GENERA RESTRICCIONES OCUPACIONALES.
-PRESENTA UNA ALTERACIÓN DE PESO DE ORIGEN COMÚN, QUE NO GENERA RESTRICCIONES OCUPACIONALES ACTUALMENTE PARA EL DESARROLLO DE SU LABOR, PERO QUE REQUIERE SER VALORADO Y MANEJADO EN SU ENTIDAD DE SALUD.

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:		**Firma:**
Nombre: CC: 1047424691 - DAMNA TERESA BALLESTEROS	**Código de Seguridad** B109H1N21246	**Nombre:** MOSQUERA MATURANA GIRLAINER JULIETH
R. M.: 1047424691 **L.S.O.:**		**CC:** 1028009004