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° 20.380

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	07 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	CONSORCIO SOLAR NUQUI 2026

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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	
RENTERIA LEZCANO JAKSON	MASCULINO	37 AÑOS 11 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	1077435612 (Número)

Cargo: **INGENIERO CIVIL**

EPS	AFP	ARL
SURAMÉRICA	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES MÉDICO-LABORALES.

Observaciones: *SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE TAPABOCAS EN CASO DE EXPOSICIÓN A COMBUSTION DE BIOMASA, POLVOS, IRRITANTES EN AEROSOL O CUALQUIER OTRA SUSTANCIA QUE PRODUZCAN POSIBLES LESIONES A NIVEL DE LA VIA AERA*

SI SU CONDICION DE SALUD ES SATISFACTORIA PARA LA LABOR

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
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : DEBE CONTINUAR SEGUIMIENTO MEDICO POR NEUMOLOGIA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

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

F109L1R20380

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RENTERIA LEZCANO JAKSON

CC: 1077435612