



SOLSALUD IPS

Nit: 901236832-3

Dir: Cra 44 # 72 - 107 Barranquilla - COLOMBIA

Cel: 3219644714

Valide su certificado en www.solsaludcaribeips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BARRANQUILLA, COLOMBIA	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
MARTHA LUCIA MU?OZ JIMENEZ NIT:21939286									
Nombre de la empresa									
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)									
MU?OZ JIMENEZ MARTHA LUCIA				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				Femenino		56 Años		CC	21939286
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo									
CONTADORA CONTRATISTA									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO CON RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION									
Observaciones: No Aplica									
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES DE APTITUD			
NINGUNA				PERMANENTE		CONTROL POSTURAL POR SU EPS			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EVALUACIÓN OCUPACIONAL				✓		AUDIOMETRIA		✓	
VISIOMETRIA				✓		PSICOLOGICO		✓	
OSTEOMUSCULAR				✓					
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
CONTROL CADA SEIS MESES POR OPTOMETRIA Y POSTURAL POR SU EPS				USO DE EPP				EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA									
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					
 Gabriel A. Carrillo F. MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL R.M. 0882 - L.C. S.O. 3252-2022								Firma: 	
Nombre: GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO				Nombre: MU?OZ JIMENEZ MARTHA LUCIA					
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022				CC				21939286	