



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1 509

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
27 DÍA	01 MES	2026 AÑO	CARTAGENA (BOLIVAR, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FISIOKINE IPS SAS				FISIOKINE IPS SAS			
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)							
MARIMON BOSSIO NORLAN				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	38 AÑOS 10 MESES 10 DÍAS	CC	1128054207
Carga						Tipo	Número
INDEPENDIENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				APTO PARA TRABAJAR			
Observaciones: NO APLICA							
APTO							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
VISIONOMETRIA				AUDIOMETRIA TAMIZ			
OPTOMETRIA				PERFIL LIPIDICO			
HEMOGRAMA				EXAMEN OCUPACIONAL MUSCULOESQUELETICO			
GLICEMIA EN AYUNAS				VALORACION PSICOLOGICA			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS: VALORACION OPTOMETRICA				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO: DIETA Y EJERCICIO	
POR SU EPS.							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HIGIENE Y SEGURIDAD PARA TRABAJOS EN ALTURA							
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: CASSIANI RODRIGUEZ JORGE				Nombre: MARIMON BOSSIO NORLAN			
R. M.: 5-0895 L.S.O.: 1735				CC: 1128054207			
Código de Seguridad M1101S1Y1509							