FARMILENIO DISTRIBUIDORA S.A.S

FARMILENIO I.P.S.
Un pasaporte a la Salud

NIT: **900276318-6**
Dir: **Calle 50 #52-65, Barrio Pérez**
Cel: **318 594 5372** - Tel: **220 27 34**
Email: **ipsfarmilenio@hotmail.com**
www.farmilenio.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 23.551

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	**07** MES	**2026** AÑO	**BELLO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE INGRESO**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	**INDEPENDIENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

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	
ORTIZ QUIROZ NATALIA GISSEL	FEMENINO	23 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	1007254323 (Número)

Cargo

MEDICO GENERAL

EPS	AFP	ARL
EPS COOSALUD	**PROTECCION**	**COLMENA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	VISIOMETRIA OCUPACIONAL ✓

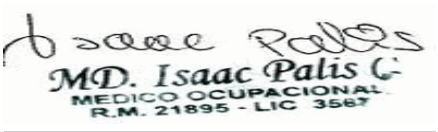
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SIN RESTRICCIONES

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



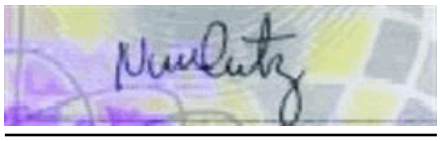
Firma:

Nombre: CC: 1129572923 - ISAAC BADID PALIS

R. M.: 21895 **L.S.O.:** 3567

Código de Seguridad
D766J1P23551

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ORTIZ QUIROZ NATALIA GISSEL

CC: 1007254323

