

**ACTA DECLARACIÓN AFILIACIÓN A ARL Y
EXÁMENES MÉDICOS PRE-OCUPACIONALES**



Señor CONTRATISTA: En cumplimiento con los artículos 4 y 5 del Decreto 723 de 2013, la E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA "MARÍA UPEGUI – HOMO" debe realizar el proceso de afiliación a la ARL que usted elija.

Por lo anterior solicitamos diligenciar el siguiente formato:

YO María Isabel Mazo Callejas

Identificado(a) con documento No. 1032450352 declaro bajo la gravedad de juramento que en el momento me encuentro afiliado y activo en la ARL POSITIVA como trabajador independiente.

Anterior a esta estuve afiliado en la ARL: POSITIVA

Así mismo manifiesto mi deseo de ser afiliado a la ARL SURA para el contrato que firmo con la ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA "MARÍA UPEGUI – HOMO" a los ____ días del mes de ____ del año ____ y me comprometo a garantizar que los aportes realizados al Sistema General de Seguridad Social, correspondan con la respectiva ARL a la cual deseo ser afiliado y al nivel de riesgo ____ que el área de Seguridad y Salud en el Trabajo determinen, de acuerdo con las actividades a ejecutar objeto de dicho contrato.

Por lo anterior, declaro que de originarse cualquier inconsistencia en la respectiva ARL seré responsable de sanear los saldos a favor de la aseguradora en mención, exonerando a la institución de cualquier cobro que se presente a causa de los aportes que debo realizar al Sistema General de Seguridad Social siendo trabajador independiente.

En lo relacionado con mis exámenes médicos certifico que no he permanecido cesante por más de seis (6) meses (artículo 18 Decreto 723), ni he sufrido accidentes importantes que deben tenerse en cuenta para la vigencia de los exámenes médicos pre-ocupacionales de los exámenes complementarios, en caso de ser necesario y de acuerdo con el tipo de riesgo al cual seré expuesto, para instrucción por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo.

FIRMA: Isabel mazo



MEDICINA LABORAL
 DRA. DIANA LORENA GIRALDO SANDOVAL
 NIT: 1053797072-4
 DIRECCIÓN: CRA 5 # 17-61
 TELÉFONOS: 320 512 4424 - 310 473 6043
 CORREO: contacto@saludeneltrabajo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.079

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17	09	2025	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	
DÍA	MES	AÑO	Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PARTICULARES			E.S.E HOSPITAL PEDRO CLAVER AGUIRRE YEPES			
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)						
MAZO CALLEJAS MARÍA ISABEL		Genero	Edad	Documento de Identificación		
Apellidos y Nombres		FEMENINO	25 AÑOS 11 MESES 24 DÍAS	CC	1037450352	
				Tipo	Número	
Cargo						
TRABAJADORA SOCIAL						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO						
Observaciones: NO APLICA						
N/A NO SE EVALUARÁN 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:						
EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			<input checked="" type="checkbox"/>			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES		
				REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULARMENTE		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
SE SUGIERE REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN CUANTO A SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.						
SE RECOMIENDA LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS PROGRAMADAS Y DIRIGIDAS.						
SE SUGIERE CONSIDERAR LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES PARACLÍNICOS O AYUDAS DIAGNÓSTICAS SEGÚN LA EDAD DEL TRABAJADOR(A) Y LOS RIESGOS PROPIOS DEL CARGO CONTEMPLADOS DENTRO DEL PROFESIOGRAMA.						
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. 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: <u>Diana Lorena Giraldo S</u> Médica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo Licencia SST 74849 R.M. 17284			 Firma: <u>LSM</u> Nombre: MAZO CALLEJAS MARÍA ISABEL			
Nombre: CC: 1053797072 - DIANA LORENA GIRALDO		Nombre: MAZO CALLEJAS MARÍA ISABEL		CC: 1037450352		
R. M.: 17284	L.S.O.: 74849	Código de Seguridad		195801U14079		