ClipSalud
Nos movemos para que su empresa no se detenga

COMPAÑÍA LÍDER DE PROFESIONALES EN SALUD S.A.S
NIT. 900.304.743-4
Dir: Cll 18 # 5a - 46 Barrio Quirinal
Cel: 318 291 7591
Neiva, Huila
E-mail: facturacionycartera@clipsalud.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 20.771

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	PARTICULARES

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	
CASTRO BUYUCUE DANNA VALENTINA	FEMENINO	20 AÑOS 1 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	1084866648 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

EPS	AFP	ARL
SANITAS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR SU LABOR

Observaciones: NO APLICA

NIA | 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:

EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		HÁBITOS SALUDABLES
		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: 1081156875 - JUAN SEBASTIAN BERMEO

R. M.: 1081156875 L.S.O.: 99 13/01/2021

Código de Seguridad
A865G1M20771

Aspirante o Trabajador

Firma: Danna Castro

Nombre: CASTRO BUYUCUE DANNA VALENTINA

CC: 1084866648