ACTIVA IPSO S.A.S

NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca

Activa ipso
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 74,295

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	06 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO	PÚBLICA

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

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	
ZUÑIGA MUÑOZ LUIS ALEJANDRO	MASCULINO	43 AÑOS 0 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	10697727 (Número)

Cargo: **CONTRATISTA**

EPS	AFP	ARL
ASMET SALUD	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

ANTECEDENTE PATOLÓGICO QUE NO GENERA LIMITACIÓN FUNCIONAL NI RESTRICCIÓN PARA EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES DEL CARGO EVALUADO

Observaciones: *EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO*

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 MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PROGRAMA DE RCV	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : ANUAL POR OPTOMETRÍA		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DEJA CONSTANCIA EN HISTORIA CLÍNICA DE LAS CONDICIONES DE SALUD ENCONTRADAS EN LA VALORACIÓN
SIN ALTERACIÓN APARENTE QUE LÍMITE SU LABOR
RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO

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

Mavir B

Firma:

Nombre: CC: 1061712240 - MAVIR BIBIANA MARTINEZ

R. M.: 1061712240 **L.S.O.:** 08434-19

Código de Seguridad
Y979E1K74295

Aspirante o Trabajador

Luis Alejandro Zuñiga

Firma:

Nombre: ZUÑIGA MUÑOZ LUIS ALEJANDRO

CC: 10697727