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

N° 75.995

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	08 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
PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **PARTICULAR**

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	
BOTERO SAENZ DANIELA	FEMENINO	28 AÑOS 8 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	1144204376 (Número)

Cargo: **ODONTOLOGA**

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, SIN RESTRICCIONES PARA ELCARGO*

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
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP : SEGUN MATRIZ DE PELIGROS	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : ANUAL CON OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DEJA CONSTANCIA EN HISTORIA CLINICA DE LAS CONDICIONES DE SALUD ENCONTRADAS EN LA VALORACION
SIN ALTERACION APARENTE QUE LIMITE 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

Firma: Mavir B

Nombre: CC: 1061712240 - MAVIR BIBIANA MARTINEZ

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

Código de Seguridad
F979L1R75995

Aspirante o Trabajador

Firma: Daniela B

Nombre: BOTERO SAENZ DANIELA

CC: 1144204376