ACTIVA IPSO S.A.S
NIT. 901.485.534-0
CALLE 17N #6-66 BARRIO EL RECUERDO
CELULAR. 313 7963800



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 62,303

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	11 MES	2025 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: 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	
ARANGO HURTADO SANDRA LILIANA	FEMENINO	50 AÑOS 7 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	34568530 (Número)

Cargo: ADMINISTRATIVO

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE 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 MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CRONICOS	USO DE EPP : SEGUN MATRIZ DE PELIGROS	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA VISION CERCANA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO : BAJAR 5 KG
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	CAPACITACIÓN : EN SST	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- SIN ALTERACIONES A LA VALORACION MEDICA QUE LIMITEN EL DESEMPEÑO DE LA LABOR, CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA EL CARGO
- SE DAN PAUTAS DE AUTO CUIDADO INTRA Y EXTRALABORALES
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 5 M CADA 2 H
- POSIBILITAR CAMBIOS POSTURALES Y LOS DESCANSOS DURANTE LA JORNADA
- CAPACITACIONES SOBRE HIGIENE POSTURAL

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

Juliana A. Ramos MÉDICO CIRUJANO R. M. 34613993

Firma:

Nombre: CC: 34613993 - JULIANA ALEJANDRA RAMOS

R. M.: 22909/2021 **L.S.O.:** 22909/2021

Código de Seguridad W979C1I62303

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ARANGO HURTADO SANDRA LILIANA

CC: 34568530