ACTIVA IPSO S.A.S

NIT. 901.485.534-0

CALLE 17N #6-66 BARRIO EL RECUERDO
CELULAR. 313 7963800

Nº 58,612

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	08 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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULAR
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)

VIDAL GONZALEZ JULIAN DAVID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28 AÑOS 7 MESES 5 DÍAS	CC	1143870320
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA 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
	USO DE EPP : SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS CAPACITACIÓN : EN SST	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE DEJA CONSTANCIA EN HISTORIA CLINICA DE LAS CONDICIONES DE SALUD REFERIDAS POR EL PACIENTE.
A LA VALORACION NO APARENTA TENER ALTERACIONES QUE LIMITE EL INGRESO A SU LABOR, PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES DEL CARGO, SIN RESTRICCIONES
SE DAN RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO TANTO LABORAL COMO EXTRALABORAL.
SE INDICA MANTENER INFORMADO AL AREA SST SOBRE SU ESTADO DE SALUD.

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 ver ídicas. 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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: Jeraldy Cabrera Ortiz
Medica General
Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Licencia 09877-10-2023
1061721438

Nombre: CC: 1061721438 - JERALDY CABRERA

R. M.: 1061721438 L.S.O.: 09877/2023

Código de Seguridad
A979G1M58612

Aspirante o Trabajador

Firma: Jvidal Gonzalez

Nombre: VIDAL GONZALEZ JULIAN DAVID

CC: 1143870320