IPS GESTIÓN OCUPACIONAL SAS
SALUD INTEGRAL

**GESTION OCUPACIONAL SAS**
**Nit: 900251231 - 6**
AV. SIMON BOLIVAR # 55C - 46 LOS LAURELES - BUENAVENTURA
CRA 1D1 # 52 - 95 CALI - VALLE DEL CAUCA
Cel. 310 390 3583 - 315 505 8271
contacto@gestionocupacionalsas.com - gestionocupacional.ltda@gmail.com
www.gestionocupacionalsas.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.857

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 07 DÍA | 01 MES | 2026 AÑO | BUENAVENTURA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO 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 | 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 | |
|---|---|---|---|---|
| HERNANDEZ SATIZABAL DIANA CAROLINA | FEMENINO | 40 AÑOS 8 MESES 12 DÍAS | CC (Tipo) | 67026538 (Número) |

Cargo: **ASESORIA JURIDICA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO ( SIN ALTERACIONES FUNCIONALES EVIDENTES)**

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:**

| | |
|---|---|
| EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |
| | CAPACITACIÓN | |

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Javier Francisco Pineda Cuello
Médico, Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Registro Médico: 52.1870.2015
Licencia: 030.2018.33 - Exaro

**Firma:**

**Nombre:** CC: 12798280 - JAVIER FRANCISCO PINEDA

**R. M.:** 90541-76 **L.S.O.:** 030-2018

**Código de Seguridad**
V390B1H12857

**Aspirante o Trabajador**

Diana P. Hernandez

**Firma:**

**Nombre:** HERNANDEZ SATIZABAL DIANA CAROLINA

**CC:** 67026538

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **67.026.538**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

## SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
## NIT 805.001.157 - 2
## CERTIFICA:

El(la) señor(a) DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL , identificado(a) con CC 67026538 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 11/09/2007 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

| Tipo de Documento | Número de documento | Nombre del afiliado | Estado de afiliación |
|---|---|---|---|
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | VIGENTE |
| TI | 1113366809 | BRITANY MICHELL QUIÑONES HERNANDEZ | VIGENTE |

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

| Tipo doc | Número de documento | Nombre del Cotizante | Tipo ID Empleador | NúmeroID Empleador | Razón Social | Período Cotización | Días Cotizados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/01 | 30 |
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/02 | 30 |
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/03 | 30 |
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/04 | 30 |
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/05 | 30 |
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/06 | 30 |
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/07 | 30 |
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/08 | 30 |
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/09 | 30 |
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/10 | 30 |
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/11 | 30 |
| CC | 67026538 | DIANA CAROLINA HERNANDEZ SATIZABAL | NI | 800093372 | CONTRALORIA MUNICIPAL DE BUENAVENTURA | 2025/12 | 30 |

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los DIECINUEVE (19) días del mes de ENERO del año 2026.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

**Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.**

Atentamente,

*Andres Arango Zapata.*
*Gerencia de Experiencia al Usuario*

canales_webusr

CD3 5888704 Ene 19 2026 11:34AM