IPS MEDICINA & SEGURIDAD

MEDICINA Y SEGURIDAD S.A.S
NIT: 900.430.951-9
Dir: Carrera 11 a # 17 - 64
Tel: (038) 770-4509 / (321) 452-2306
Correo: medicinayseguridad@hotmail.com
www.medicinayseguridad.com
Sogamoso, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 2.958

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	04 MES	2026 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	E.S.E NOBSA

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
SIACHOQUE HERNANDEZ NUBIA TERESA	FEMENINO	63 AÑOS 6 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	23809425 (Número)

Cargo: **AUXILIAR DE ODONTOLOGIA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO CON RECOMENDACIONES**

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:

AUDIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
OPTOMETRIA	✓	HEMOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISDION CERCANA	SVE CARDIOVASCULAR	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA FAMILIAR PARA PREVENCION DE RIESGO CARDIOVASCULAR	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

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

Firma: Fanny Sánchez Chávez Médico Ocupacional LIC. 1606 - Sep 2008

Nombre: CC: 46376212 - FANNY SANCHEZ

R. M.: 1331/2007 L.S.O.: 1019/2023

Código de Seguridad: M1587S1Y2958

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SIACHOQUE HERNANDEZ NUBIA TERESA

CC: 23809425

Recibido 23-04-26 10:25 AM

IPS MEDICINA & SEGURIDAD

MEDICINA Y SEGURIDAD S.A.S
NIT: 900.430.951-9
Dir: Carrera 11 a # 17 - 64
Tel: (038) 770-4509 / (321) 452-2306
Correo: medicinayseguridad@hotmail.com
www.medicinayseguridad.com
Sogamoso, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2,957

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	04 MES	2026 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	E.S.E NOBSA

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	
NEIRA MOLANO VILMA PATRICIA	FEMENINO	66 AÑOS 8 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	51650402 (Número)

Cargo: **ODONTOLOGA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO CON RECOMENDACIONES**

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:

AUDIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
OPTOMETRIA	✓	HEMOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	SVE CARDIOVASCULAR	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 3 HORAS DURANTE 5 MINUTOS	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA FAMILIAR PARA PREVENCION DE RIESGO CARDIOVASCULAR	SVE OSTEOMUSCULAR : DOLOR DE RODILLA (REMISION)	DIETA BALANCEADA
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	

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

Fanny Sánchez Chávez
Médico Ocupacional
LIC. 1019 - sep 2023

Firma:

Nombre: CC: 46376212 - FANNY SANCHEZ

R. M.: 1331/2007 L.S.O.: 1019/2023

Código de Seguridad
U1587A1G2957

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: NEIRA MOLANO VILMA PATRICIA

CC: 51650402

Revisión 23-04/26 10:12 a.m.

IPS MEDICINA & SEGURIDAD

MEDICINA YSEGURIDAD S.A.S
NIT: 900.430.951-9
Dir: Carrera 11 a # 17 - 64
Tel: (038) 770-4509 / (321) 452-2306
Correo: medicinayseguridad@hotmail.com
www.medicinayseguridad.com
Sogamoso, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 2,960

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	04 MES	2026 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	E.S.E NOBSA

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	
ACEVEDO TORRES SONIA CECILIA	FEMENINO	42 AÑOS 9 MESES 13 DÍAS	CC (Tipo)	23810769 (Número)

Cargo: **TESORERA**

EPS	AFP	ARL
SANITAS	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO CON RECOMENDACIONES**

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:

AUDIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
OPTOMETRIA	✓	HEMOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 3 HORAS DURANTE 3 MINUTOS	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR : INGRESO	DIETA BALANCEADA
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	

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

Fanny Sánchez Chávez
Médico Ocupacional
LIC. 1606 - Sep. 2008

Firma:

Nombre: CC: 46376212 - FANNY SANCHEZ

R. M.: 1331/2007 L.S.O.: 1019/2023

Código de Seguridad
Y1587E1K2960

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ACEVEDO TORRES SONIA CECILIA

CC: 23810769

Sonia Cecilia 23/04/2026

IPS MEDICINA & SEGURIDAD

MEDICINA YSEGURIDAD S.A.S
NIT: 900.430.951-9
Dir: Carrera 11 a # 17 - 64
Tel: (038) 770-4509 / (321) 452-2306
Correo: medicinayseguridad@hotmail.com
www.medicinayseguridad.com
Sogamoso, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 2.961

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	04 MES	2026 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	E.S.E NOBSA

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	
CALIXTO GUAUQUE SANDRA ROCIO	FEMENINO	48 AÑOS 8 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	23810383 (Número)

Cargo: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS .	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO CON RECOMENDACIONES**

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:

AUDIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
OPTOMETRIA	✓	HEMOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 3 HORAS DURANTE 5 MINUTOS	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : PROGRAMA PREVENTIVO EN SU EPS DE RIESGO CARDIOVASCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN PROXIMA VALORACION OCUPACIONAL FAVOR ASISTIR CON CONCEPTO DE ESPECIALISTA TRATANTE MENOR A 8 MESES, PARA DEFINIR RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES LABORALES

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

Fanny Sanchez Chávez
Médico Ocupacional
LIC. 1606 - SEP. 2015

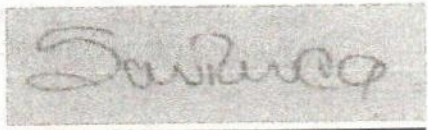
Firma:

Nombre: CC: 46376212 - FANNY SANCHEZ

R. M.: 1331/2007 L.S.O.: 1019/2023

Código de Seguridad
H1587N1T2961

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: CALIXTO GUAUQUE SANDRA ROCIO

CC: 23810383

Recibido
23.04.2026
11:57am

ESE SALUD NOBSA

SOLICITUD DE OTROS SERVICIOS

IPS MEDICINA & SEGURIDAD

MEDICINA YSEGURIDAD S.A.S
NIT: 900.430.951-9
Dir: Carrera 11 a # 17 - 64
Tel: (038) 770-4509 / (321) 452-2306
Correo: medicinayseguridad@hotmail.com
www.medicinayseguridad.com
Sogamoso, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.956

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	04 MES	2026 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	E.S.E NOBSA

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	
MOSCOSO MANRIQUE SILVIA RAQUEL	FEMENINO	53 AÑOS 11 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	23810027 (Número)

Cargo: MEDICO GENERAL

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

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:

AUDIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
OPTOMETRIA	✓	HEMOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : ACTUALIZAR FORMULA DE LENTES	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : ADECUAR PUESTO DE TRABAJO, ALTURA DE SILLA Y MONITOR, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 3 HORAS	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR : INGRESO A SVE OSTEOMUSCULAR	*DIETA BALANCEADA*
	REVISIÓN PUESTO DE TRABAJO	
	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA EN PROXIMA VALORACION LABORAL U OCUPACIONAL ASISTIR CON HISTORIA CLINICA Y CONCEPTO DE SU MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE PARA DEFINIR RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES LABORALES. ASISTIR A CONTROLES MEDICOS EN SU EPS PARA PREVENCION DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

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

Fanny Sanchez Chavez
Medico Ocupacional
LIC. 1600 - Sep 2006

Firma:

Nombre: CC: 46376212 - FANNY SANCHEZ

R. M.: 1331/2007 L.S.O.: 1019/2023

Código de Seguridad
H1587N1T2956

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MOSCOSO MANRIQUE SILVIA RAQUEL

CC: 23810027

Recibido 23/04/26

IPS MEDICINA & SEGURIDAD

MEDICINA YSEGURIDAD S.A.S
NIT: 900.430.951-9
Dir: Carrera 11 a # 17 - 64
Tel: (038) 770-4509 / (321) 452-2306
Correo: medicinayseguridad@hotmail.com
www.medicinayseguridad.com
Sogamoso, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2,962

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	04 MES	2026 AÑO	SOGAMOSO (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	E.S.E NOBSA

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	
ALVARADO MARIÑO SANDRA YASMILE	FEMENINO	52 AÑOS 6 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	23810124 (Número)

Cargo: **GERENTE**

EPS	AFP	ARL
SANITAS	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO CON RECOMENDACIONES**

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:

AUDIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
OPTOMETRIA	✓	HEMOGRAMA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PAUSAS VISUALES CADA 3 HORAS	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		DIETA BALANCEADA

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



Firma:

Nombre: CC: 46376212 - FANNY SANCHEZ

R. M.: 1331/2007 L.S.O.: 1019/2023

Código de Seguridad: **J1587P1V2962**

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ALVARADO MARIÑO SANDRA YASMILE

CC: 23810124