salud ocupacional de la sabana

SALUD OCUPACIONAL DE LA SABANA S.A.S.
Licencia Renovada en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 25-0176 del 12/03/2019 - NIT: 900256906-1
Dirección: Transversal 2 # 5 - 72, Ubaté (Cundinamarca)
Tel: (1) 889 0601, (1) 855 2083 - **Cel:** 310 780 2394
www.saludocupacionaldelasabana.com
correo: info@sodelasabana.com



N° 35.309

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DIA	01 MES	2026 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ (CUNDINAMARCA, 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
INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE

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	
MORENO GONZALEZ NIXON DANIEL	MASCULINO	32 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1068953499 (Número)

Cargo

LIDER TALENTO HUMANO Y CONTRATACION

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES, CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

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	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE RIESGO BIOLÓGICO : SOLO SI SE PRESENTAN FUTURAS INFECCIONES GASTROINTESTINALES, RESPIRATORIAS O DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS SECUNDARIAS A CONTACTO CON MATERIAL BIOLOGICO CONTAMINADO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE RIESGO PSICOSOCIAL : APLICAR BATERIA DE RIESGO PSICOSOCIAL CADA 2 AÑOS	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE EMITE CONCEPTO FAVORABLE PARA ASUMIR EL CARGO.

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 mi 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: 1053340461 - DIEGO LEONARDO SANCHEZ

R. M.: 2199 **L.S.O.:** 1151-2022

Código de Seguridad
U19A1G35309

Aspirante o Trabajador

1068953499

Firma:

Nombre: MORENO GONZALEZ NIXON DANIEL

CC: 1068953499