AMBIENTSALUD S.A.S

AMBIENTSALUD SAS
Resolución de Licencia SST 07542 del 22 de abril de 2022
NIT. 901379431-7
Calle 9 No. 8-25, Piso 1 - Cel. 3203173766 - 3118596855
E-mail. ambientsalud@gmail.com; citasambientsalud@gmail.com
www.ambientsalud.com

N° 30.885

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	09 MES	2026 AÑO	BARBOSA (SANTANDER, 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	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	
TANIA MERCEDES SANCHEZ DIAZ	FEMENINO	24 AÑOS 5 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo)	1007451301 (Número)

Cargo: **APOYO A PLANEACON**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **FAVORABLE PARA DESEMPEÑAR 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
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTES	USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS	HÁBITOS SALUDABLES HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

Autorizo de manera libre, voluntaria e informada a la IPS AMBIENTSALUD SAS para realizar mi evaluación médica ocupacional y las pruebas complementarias requeridas conforme al perfil del cargo y criterios médicos aplicables, incluyendo valoraciones clínicas, pruebas funcionales, ayudas diagnósticas y evaluaciones ocupacionales relacionadas con mi proceso de atención.

He recibido información clara sobre la finalidad, alcance, beneficios, limitaciones y manejo confidencial de la información obtenida durante la evaluación. Comprendo que los procedimientos realizados son voluntarios y autorizo el tratamiento de mis datos personales y clínicos conforme a la normatividad vigente aplicable.

Declaro que la información suministrada es veraz y autorizo el tratamiento de mis datos personales y clínicos conforme a la normatividad vigente aplicable. Así mismo, manifiesto que he leído, comprendido y aceptado voluntariamente el presente consentimiento informado.

Médico

Firma: Fernando Abril Médico Especialista G.S.O. 15933 / 0230 / 2026

Nombre: CC: 91018823 - WILSON FERNANDO ABRIL

R. M.: 15933 L.S.O.: 0230

Código de Seguridad: Q1222W1C30885

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: TANIA MERCEDES SANCHEZ DIAZ

CC: 1007451301

Powered by CamScanner