IPS GUALIVA
NIT.901392976
DRECCION: diagonal 3 No 10-71 local 1 barrio alto de las iguanas
Villeta - Cundinamarca
CEL: 3103225171
EMAIL: gualivaips@gmail.com
WWW.WINTERFISAING.COM



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.559

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	03 MES	2025 AÑO	VILLETA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

CIFUENTES DIMINGO YESSICA KATTERINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	34 AÑOS 11 MESES 18 DÍAS	CC	1018434557
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
FISIOTERAPEUTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON EL PERFIL PARA EL CARGO SIN RESTRICCION

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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. CONTINUAR TRATAMIENTO Y CONTROL MEDICO EN EPS.

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

Firma: Dr. Guillermo Chaves Médico Esp Gerencia en Salud Ocupacional Reg. 25852-04 de 2013

Nombre: CHAVES PORTILLA GUILLERMO ADRIAN

R. M.: 25852-04 **L.S.O.:** 2500818 DE 2023

Código de Seguridad
U1353A1G5559

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CIFUENTES DIMINGO YESSICA KATTERINE

CC: 1018434557