



Fecha: 15/Ago/2025, **Hora:** 10:42:59 a.m.

Apellido: Arciniegas galvis

Tipo Doc: CC

Direccion: Crr 56#159-31

Telefono:

Estado Civil: Soltero

Estatura: 168 Cm

Cargo: Ejecutivo integral

Empresa: Uno + otro sas

NIT: 900461592

Telefono: 3163788936

Emp. Usuaría: Uno + otro sas

Nro Identidad: 39575378

Celular: 3046341793

EPS: Aliansalud

Peso: 140 Kg

Direccion: CL 104 A 21 57 OF 603

Celular:

HC: # 71017

Nombre: Lina maria

Sexo: Femenino ♀

Correo: Linarciniegas@gmail.com

ARL: Sin definir

IMC: 49.6

Ciudad: Bogota d.c. - suba

Edad: 46 años

Rh: O+

Nacim: 30/Oct/1978

AFP: Colfondos

Email: Info@unomasotro.com.co

Yo **Lina Maria Arciniegas Galvis** Identificado con C.C.No. **39575378**

Y actuando en plenitud de mis facultades legales libre de todo apremio, coacción, amenazas o engaños, Declaro que asisto de manera voluntaria a la Institución Prestadora de Servicios **IPS EXISALUD S.A.S.**, para realizar todos los Exámenes Médicos y pruebas complementarias diagnósticas, que permitan establecer mi condición de salud y aptitud para el desempeño de la ocupación en la Empresa, de manera segura para mi integridad personal y la de terceros; a las cuales se les dará el tratamiento previsto en las normas legales colombianas vigentes en la Resolución 2346 de 2007. Autorizo que la información pueda ser utilizada de manera generalizada para el informe de condiciones de salud para la empresa.

Adicionalmente, se me ha informado que las Pruebas Complementarias o Ayudas Diagnósticas que se me podrían realizar, puede ser una o varias de las siguientes:

1. Evaluación de mi capacidad visual mediante un examen realizado por Optómetra.
2. Evaluación de mi capacidad respiratoria mediante una Espirometría.
3. Evaluación de mi capacidad auditiva y/o de la voz por medio de un examen de Fonoaudiología.
4. Evaluación de mi capacidad osteomuscular para el manejo de cargas o movimientos repetitivos
5. Evaluación de mi capacidad mental mediante una Evaluación Psicológica.
6. Examen para evaluar el consumo de sustancias psicoactivas.

Estas evaluaciones no representan en sí mismas ningún riesgo que ponga en peligro mi integridad física o mental y no existe un riesgo especial previsible. Cada evaluador está a su disposición para ampliarle la información de la prueba a realizar, por lo que le puede preguntar cualquier duda o inquietud que usted tenga.

Por ello, al firmar se considera que usted acepta conocer y entender las condiciones para someterse voluntariamente a su realización y queda entendido para nosotros que, en caso de posteriormente no estar de acuerdo con algún procedimiento, podrá retirar este consentimiento, para lo cual deberá firmar el respectivo desistimiento, para que no se le realice. Acepta que los documentos de la atención tengan su foto y firma y que puedan ser guardados de manera electrónica en un Formato de Historia Electrónica, en la cual le garantizamos la reserva y confidencialidad de mi información sensible y al empleador solo se le podrá entregar el Certificado Médico de Aptitud.

Certifico que no omito información relevante que pudiera influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en la misma, las respuestas dadas por mi en este examen están completas, verídicas y pueden ser confirmadas.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El titular, por la firma del presente documento, declara que se le informo de manera clara y expresa lo siguiente: I. el tratamiento al cual serán sometidos sus datos personales y la finalidad de los mismos. II. el carácter facultativo de la respuesta a las preguntas que sean hechas, cuando estas versen sobre datos sensibles. III. Los derechos que le asisten como titular y IV. la identificación, dirección física o electrónica y teléfono del responsable del tratamiento. En caso de que los datos objeto del tratamiento correspondan a un niño, niña o adolescente, se aclara que dicho tratamiento responde y representa los derechos del niño, niña o adolescente y se les asegura el respeto a sus derechos fundamentales. Los derechos que lo asisten como titular de la información, áreas encargadas de atención de peticiones, consultas y reclamos y demás información sobre el tratamiento y la finalidad, se pueden consultar en nuestra política de tratamiento de la información ubicada en la página web de la **IPS EXISALUD S.A.S.**

Empresa: **UNO + OTRO SAS**, Cargo: **Ejecutivo Integral**

Ex Medico: **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR PERIÓDICO**

Fecha de Nacimiento: **30/Oct/1978**, Direccion: **CRR 56#159-31**

Telefono: , Correo Electronico: **LINARCINIEGAS@GMAIL.COM**

Grupo Sanguineo: **O+**, Fecha: **15/Ago/2025**



Lina maria arciniegas galvis
CC 39575378

Huella
Digital