CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN SAN GABRIEL IPS S.A.S.
PRESTADOR: 051721519901
IDENTIFICACIÓN: NIT - 900388143-5
DIRECCIÓN: CALLE 96 NRO 99A - 38
TELÉFONO: 3163417694
EMAIL: SANGABRIELIPS@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

FECHA DE IMPRESIÓN: 2026/09/03 13:14:37 VERSIÓN DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	YESICA PATRICIA VASQUEZ POLO	**FECHA DE NACIMIENTO:**	1993-03-21
IDENTIFICACIÓN:	CC - 1038812252	**EDAD:**	33 AÑOS
SEXO:	FEMENINO		
FONDO DE PENSIONES:	PORVENIR		
EPS:	NUEVA EPS	**ARL:**	NO TIENE AFILIACION



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	ALTURAS SAN GABRIEL	**IDENTIFICACIÓN:**	NIT - 901364223
EMPRESA CONTRATANTE:	YESICA PATRICIA VASQUEZ POLO	**EMPRESA A LABORAR:**	YESICA PATRICIA VASQUEZ POLO
CONVENIO:	CONTRATO 671: ALTURAS SAN GABRIEL	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	FORMACIÓN ACADÉMICA NO FORMAL

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	20260903020133	**TIPO DE EVALUACION:**	INGRESO
CARGO:	GESTORA COMUNITARIA	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-09-03 13:09:21.000
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	ANTIOQUIA / CHIGORODO		
FECHA DE SALIDA:	2026-09-03T13:13:04Z		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: SIN RESTRICCIONES
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: CAPACITAR AL TRABAJADOR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS Y LESIONES PROPIOS DEL OFICIO A REALIZAR, SUMINISTRAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS SEGÚN EL RIESGO DEL OFICIO Y CAPACITAR SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA REALIZAR SU TRABAJO DE MANERA SEGURA

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: PACIENTE SANO, SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES: PACIENTE EN EL MOMENTO DEL EXAMEN, SIN PATOLOGÍA APARENTE QUE INTERFIERA O LO LIMITE PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD LABORAL.

RECOMENDACIONES

» GENERALES

☑ PAUSAS ACTIVAS ☑ USO DE E.P.I. ☑ HIGIENE POSTURAL

» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: OBSERVACIÓN: NINGUNA
NINGUNA

» MEDICO LABORALES

NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN SAN GABRIEL IPS S.A.S.. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Kendry Brochero A.

KENDRY BROCHERO ARAUJO
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 36695159
LICENCIA SST: 5511I

YESICA VASQUEZ

YESICA PATRICIA VASQUEZ POLO
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 1038812252

Todos los derechos reservados - https://sis.sasnewsb.com/