ID: CC-1192723436

Fecha: 2026/09/21 11:39:35

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 IMPRESION: 2026/09/21 11:39:35

VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE



NOMBRE:	LORENA . VILLAMISAR MAZO	**FECHA DE NACIMIENTO:**	2001-11-19
IDENTIFICACIÓN:	CC - 1192723436	**EDAD:**	23 AÑOS
SEXO:	FEMENINO		
FONDO DE PENSIONES:	NO TIENE AFILIACION		
EPS:	NUEVA EPS	**ARL:**	NO TIENE AFILIACION

DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	IPS SAN GABRIEL	**IDENTIFICACIÓN:**	NIT - 900388143
EMPRESA CONTRATANTE:	LORENA . VILLAMISAR MAZO	**EMPRESA A LABORAR:**	LORENA . VILLAMISAR MAZO
CONVENIO:	IPS SAN GABRIEL CONTRATO 57	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	6311

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	20250411020119	**TIPO DE EVALUACION:**	INGRESO
CARGO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2025-04-11 09:54:04.000
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	ANTIOQUIA / CHIGORODÓ		
FECHA DE SALIDA:	2025-04-11T09:57:31Z		

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

☑ EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL ☑ PAUSAS ACTIVAS ☑ USO DE E.P.I. ☑ HIGIENE POSTURAL

» OCUPACIONALES PREVENTIVAS

- **OSTEOMUSCULAR:** ACONDICIONAMIENTO FISICO SEGUN REQUERIMIENTOS DEL CARGO. ADECUACION ERGONOMICA DE PUESTOS DE TRABAJO SEGUN DISPOSICION DE LA EMPRESA. CAPACITACION PARA MANEJO DE CARGAS SEGUN CRITERIO DEL CARGO.

» 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.

Lorena VM

MAURICIO ANDRES MESTRE MESTRE 0
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 1143335018
LICENCIA SST: 1839

LORENA . VILLAMISAR MAZO
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 1192723436

Todos los derechos reservados - https://sle.isismaweb.com/