INTEGRALES IPS CHIA

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

PRESTADOR: 251750439201
CIUDAD: CHIA
DIRECCIÓN: KM 1.5 VÍA CHÍA CAJICÁ SECTOR TRES ESQUINAS - EDIFICIO CONEX - CONSULTORIO 508
TELÉFONO: (601) 8844960 - 3208758144
EMAIL: INFO@INTEGRALESIPS.COM
Versión 2 - Fecha de impresión: 2026-01-23 08:51 a. m.



EMPRESA	PARTICULAR		
A.ECONÓMICA	OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.		
NOMBRE	ANDREA MARIA GARCIA BAJONERO		
DOCUMENTO	CC. 1001043502		
EDAD	24 AÑOS	**GENERO**	FEMENINO
EPS	E.P.S SANITAS		
ARL	NO REFIERE		
AFP	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES		
CARGO	CONTRATISTA		
EXAMEN	EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO		
NO. INGRESO	16935	**FECHA CERTIFICADO**	2026-01-23

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO OCUPACIONAL: SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS, USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA, MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL

FIRMA PROFESIONAL	FIRMA PACIENTE
Luz Elena Martinez	
DRA. LUZ ELENA MARTÍNEZ MALDONADO. LSST 8151/19. RM 55223182	**ANDREA MARIA GARCIA BAJONERO** **CC. 1001043502**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO ANDREA MARIA GARCIA BAJONERO IDENTIFICADO CON CC NO. 1001043502 EN CALIDAD DE PACIENTE PREVIAMENTE INFORMADO (A) DE FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA ACEPTO SUMINISTRAR MI INFORMACIÓN PERSONAL Y DE SALUD COMPLETA Y VERÍDICA, LAS CUALES PODRÁN UTILIZAR PARA FINES ESTRICTAMENTE RELACIONADOS EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, Y ADEMÁS SER INCORPORADAS EN LA BASE DE DATOS DE INTEGRAL PROFESIONALES EN SALUD IPS SAS, PARA LA RECOLECCIÓN, ALMACENAMIENTO Y PROCESAMIENTO DE MIS DATOS. CERTIFICO QUE HE SIDO INFORMADO DE LA FINALIDAD, BENEFICIOS DEL EXAMEN, DE LOS POSIBLES RIESGOS QUE SE PUEDAN PRESENTAR DURANTE SU REALIZACIÓN, ALTERNATIVAS E IMPLICACIONES DEL ACTO ASISTENCIAL. ENTIENDO QUE LA REALIZACIÓN DE LOS MISMOS ES VOLUNTARIA, QUE NO EXISTEN ALTERNATIVAS A LOS EXÁMENES SOLICITADOS DENTRO DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR LA IPS, QUE TUVE LA OPORTUNIDAD DE RETIRAR MI CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO Y LA NO ACEPTACIÓN IMPLICA EL DESISTIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN. SE ME INFORMÓ TAMBIÉN QUE ESTE DOCUMENTO ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y DE RESERVA PROFESIONAL, QUE SOLO PODRÁ DARSE A CONOCER A LAS PERSONAS O ENTIDADES PREVISTAS EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE Y QUE PUEDO OBTENER COPIA DE LAS VALORACIONES REALIZADAS EN EL MOMENTO QUE LO REQUIERA. AUTORIZO QUE SE COMPARTAN MIS RESULTADOS CON EL MÉDICO LABORAL, ASÍ COMO EL USO DE MI INFORMACIÓN PARA FINES PREVENTIVOS E INVESTIGATIVOS Y QUE PODRÁN HACER PARTE DE ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN PARA EL APORTE EN EL CONOCIMIENTO GENERAL EN SALUD. DE IGUAL MANERA, ACEPTO TODAS LAS RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE INDEPENDIENTEMENTE DE LOS RESULTADOS QUE ARROJEN MIS EXÁMENES, INCLUYENDO EL SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE MI ESTADO DE SALUD, PARACLÍNICOS, E HISTORIAS CLÍNICAS, RECOMENDACIONES O RESTRICCIONES MÉDICAS, Y LOS DIAGNÓSTICOS DE LAS PATOLOGÍAS QUE PRESENTE AL MOMENTO DE LA REALIZACIÓN DE LAS EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES,. AUTORIZO Y CONSIENTO LA CAPTURA Y FIJACIÓN DE MI IMAGEN PERSONAL A TRAVÉS DE LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS, AUDIO, VIDEO, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 23 DE 1982, LEY 44 DE 1993 Y DEMÁS DISPOSICIONES QUE REGULAN LA MATERIA. TAMBIÉN AUTORIZO LA CAPTURA DE MI FIRMA Y HUELLA PARA USO EN EL CONCEPTO E HISTORIA CLÍNICA Y PARACLÍNICOS, A TRAVÉS DE MEDIOS TECNOLÓGICOS DISPONIBLES, SEA EN EL MOMENTO PREVIO A LA CONSULTA CLÍNICA O MÉDICA DE LA CUAL SOY PACIENTE O ACOMPAÑANTE DURANTE O POSTERIOR A LA MISMA O EN OTRO ÁMBITO INSTITUCIONAL, REALIZADA POR PROFESIONALES PERTENECIENTES A INTEGRAL PROFESIONALES EN SALUD IPS SAS O POR QUIEN SEA DELEGADO POR ELLA.