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 MEDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

FECHA DE IMPRESIÓN: 2026/10/20 08:30:46

VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE



NOMBRE:	KELLY JOHANA MANCO CANO	**FECHA DE NACIMIENTO:**	1993-11-18
IDENTIFICACIÓN:	CC - 1038813404	**EDAD:**	32 AÑOS
SEXO:	FEMENINO		
FONDO DE PENSIONES:	PORVENIR		
EPS:	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S A	**ARL:**	NO TIENE AFILIACION

DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	ALTURAS SAN GABRIEL	**IDENTIFICACIÓN:**	NIT - 901364223
EMPRESA CONTRATANTE:	KELLY JOHANA MANCO CANO	**EMPRESA A LABORAR:**	KELLY JOHANA MANCO CANO
CONVENIO:	CONTRATO 671: ALTURAS SAN GABRIEL	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	FORMACIÓN ACADÉMICA NO FORMAL

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	20261020020112	**TIPO DE EVALUACION:**	INGRESO
CARGO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-10-20 08:22:39.000
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	ANTIOQUIA / CHIGORODÓ		
FECHA DE SALIDA:	2026-10-20T08:26:29Z		

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 PERIODICO OCUPACIONAL
- HIGIENE POSTURAL
- PAUSAS ACTIVAS
- USO DE E.P.I.

» 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: 5519

Kelly Manco

KELLY JOHANA MANCO CANO
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 1038813404

Todos los derechos reservados - https://sstsanweb.com/