Salud Ocupacional del Huila Limitada - IPS
Prestador: 4100101149
Dirección: Calle 18a #7-61/65 Barrio Quirinal
Teléfono: PBX: (8) 608
Email: siau.soh@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR



INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: EVELYN ROCIO ORTIZ GIRON
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Nacimiento: 1992-05-07
Estrato: 2
Rh: A+
Hijos: 2
Estado civil: Soltero
Direccion: CL 4 5 58
Otros teléfonos:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha: 2025/09/22 **Tipo de evaluación:** Ingreso

Edad: 33 Años
Documento: 1076985291
Ciudad o municipio: 020 - HUILA > ALGECIRAS
Sexo: Femenino
Escolaridad: Profesional - 17
Raza: Caucásico
Discapacitado: NO
Teléfono celular: 3203775455
Nombre del responsable:

DATOS DE LA EMPRESA CONTRATANTE

Nombre: PARTICULARES
Direccion: -
Otros teléfonos:

Identificacion: 000000000
Teléfono celular: 3102751566
Actividad:

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

P: PARACLÍNICOS
- EXAMEN MÉDICO DE INGRESO
  - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

L: LABORATORIO CLÍNICO

V: VACUNAS

CERTIFICADO DE APTITUD

Concepto ocupacional: APTO **Observación:**
Concepto Énfasis osteomuscular: SIN PATOLOGÍA

RECOMENDACIONES GENERALES

✓ DIETA BAJA EN AZUCAR, HARINAS Y GRASA
✓ EJERCICIOS 3 VECES SEMANA

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

✓ USO DE E,P,P.
✓ PAUSAS ACTIVAS
✓ HIGIENE POSTURAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **EVELYN ROCIO ORTIZ GIRON**, identificado con **CC 1076985291**, autorizo al médico 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 informo 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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciados en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. 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 atenciónd onde 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 SALUD OCUPACIONAL DEL HUILA.

Firma del especialista:

Dr. Guillermo E. Cortés G.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
CC. 12.131.715 T.P. 5126/92 MINSALUD
Resolución LSST 2544/24 S.S.H.

GUILLERMO ENRIQUE CORTES GORDILLO
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
Tarjeta prof. # LSST: 2544/24

Código de verificación
149855-21GAJ

Firma del trabajador:

EVELYN ROCIO ORTIZ GIRON
CC: 1076985291