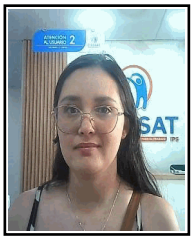
CIRSSAT I.P.S S.A.S.
Centro Integral de Rehabilitación Seguridad y Salud para el Trabajo

NIT: **900682294-9**
Dir: **Calle 1 #11e-26 Quinta Oriental**
Cels: **350 425 4758** - **313 326 8751** - PBX: **583 2221**
Correo: **cirssat.servicioalcliente@gmail.com**
cirssat.examenes@gmail.com
www.ipscirssat.com
Cúcuta - Norte de Santander



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 40.616

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	**08** MES	**2026** AÑO	**CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN MEDICA DE PRE-INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

7020 - ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE GESTIÓN

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
SANTOS ALVAREZ LEIDY YOHANA	FEMENINO	29 AÑOS 7 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	1094580144 (Número)

Cargo

INGENIERA AMBIENTAL Y SST

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	**PORVENIR**	**NO REFIERE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	CONSENTIMIENTO INFORMADO ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1098758366 - RAQUEL ANDREA TARAZONA

R. M.: 95321 **L.S.O.:** 3746

Código de Seguridad

Z1023F1L40616

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SANTOS ALVAREZ LEIDY YOHANA

CC: 1094580144