





CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LADY ANGELICA ORTIZ CONTRERAS identificado(a) con CC 53039097 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

**Fecha de Activación de** 18/02/2019  
**Estado de la Afiliación:** ACTIVO  
**IPS:** CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO  
**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 02 días del mes octubre del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra  
Director Operaciones Comerciales  
EPS FAMISANAR S.A.S.





SANTA ELENA SAS  
Servicios Medicos Integrales

**SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS**

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

**Tipo certificación:** Ingreso  Periódico  Retiro  Post incapacidad  Caso ocupacional   
Control  Reubicación  Ingreso al SVE  Trabajo en alturas

**DATOS DEL PACIENTE**

Fecha **06/03/2023 09:25:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **LADY ANGELICA ORTIZ CONTRERAS**

Cargo **DOCENTE**

Doc. Identidad **CC 53039097**



**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS**

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 EVALUACION OSTEOMUSCULAR	3 EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR
4 TEST PSICOLÓGICO, AUDIOMETRIA SOD	5 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	6 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO
7 COLESTEROL TOTAL, OPTOMETRIA	8 TRIGLICÉRIDOS, HEMOGRAMA IV	9 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplazado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere restricciones de actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto con restricciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere reubicación laboral temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para trabajar en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Requiere reubicación laboral permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para trabajar en espacios confinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para participar en la brigada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apto para trabajar en alturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>EXAMEN DE RETIRO</b>		
						SI	NO
					Sospecha de enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Secuelas de Accidentes de Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Enfermedad Común	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Visual  Auditivo  Respiratorio  Cardiovascular  Psicosocial  Ergonómico  Otros

**REMISIÓN** SI  NO  **ARL** SI  NO  **EPS** SI  NO

SIN RESTRICCIONES FISICAS PARA EL CARGO DE DOCENTE  
SE LE RECOMIENDA LAVADO DE OIDOS

*SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN*  
**Dra Solandy E. Ortiz**  
M.D Laboral  
RMO 4788/2015  
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN  
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

*Lady Angelica Ortiz Contreras*

Trabajador: LADY ANGELICA ORTIZ  
CC 53039097

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica



SANTA ELENA SAS  
Servicios Médicos Integrales

## SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

### INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INDUCCION CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CUMPLIENDO LAS NORMAS PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL  
HABITOS POSTURALES ADECUADOS  
CONSUMO DE LIQUIDO AL MEDIO AMBIENTE DE FORMA CONSTANTE  
PAUSAS VISUALES CADA 3 HORAS SI ESTA EXPUESTO A PERMANECER PROLONGADAMENTE FRENTE A UN EQUIPO DE COMPUTO  
PAUSAS ACTIVAS PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO EN MIEMBROS SUPERIORES Y INFERIORES  
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL  
FORTALECIMIENTO DE LOS MUSCULOS DE LA ESPALDA Y LOS MUSCULOS ABDOMINALES  
INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE PRESENTE Y QUE LE LIMITE TRABAJAR  
EVITAR CONSUMIR BEBIDAS NEGRAS, BEBIDAS FRIAS, EVITAR CAMBIOS DE TEMPERATURAS BRUSCOS, EVITAR HABLAR POR TIEMPOS PROLONGADOS  
SE ACONSEJA ESTILO DE VIDA SALUDABLES CON ACTIVIDAD FISICA Y HABITOS ALIMENTARIOS BALANCEADOS  
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.  
SE RECOMIENDA:  
1 CONTINUAR CON EL LAVADO DE MANOS DE FORMA CONTINUA

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

*SOLANDY EUGENIA ORTIZ*  
Dra Solandy E. Ortiz  
M.D Laboral  
RMO 4788/2015  
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN  
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD  
OCUPACIONAL  
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: LADY ANGELICA ORTIZ  
CC 53039097

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE  
PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A**

En condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.144.331 - 3

**CERTIFICA QUE:**

**LADY ANGELICA ORTIZ CONTRERAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.039.097**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 10 de marzo de 2007.

La presente certificación se expide el 7 de Octubre del 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

---

*En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.*



App Porvenir | [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co)

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

### POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

#### HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LADY ANGELICA ORTIZ CONTRERAS**, identificado con **CC No. 53039097**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA – NI. 8999999034	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 05/09/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 05/09/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 19/12/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Positiva Compañía de Seguros S.A.  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.  
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.  
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS