

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA  
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL  
Certificado de aptitud: 80724702-290374

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	08 ago. 2025 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	EDWIN ANDRES BALLESTEROS MUÑOZ	<b>Identificación:</b>	80724702
<b>Género</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 43	<b>Teléfono</b>	<b>Móvil:</b> 3197066959
<b>Fecha Nacimiento:</b>	03/05/1982	<b>Cargo:</b>	SECRETARIA SEGURIDAD CONVIVENCIA Y JUSTICIA
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>EPS:</b>	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
<b>Dirección</b>	CRA 123 14 B - 08 SOLTICIO 7 PISO 7 AP 102	<b>ARL:</b>	SEGUROS BOLIVAR S.A.
<b>Escolaridad:</b>	TÉCNICO	<b>AFP:</b>	PORVENIR S.A.
<b>Empresa</b>	PARTICULAR VIP		
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	PARTICULAR	<b>AREA:</b>	No Reporta

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

**EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** DIETA NORMO CALORICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA.

## CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO REFIERE ALTERACION MENTAL O RIESGO PSICOSOCIAL APARENTE

### Tipo de Restricción

### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

### Permanente

NO

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

## Información de Remisiones

NO

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Dra. Carolina Guapacha L.  
Médico Esp. en Salud Ocupacional  
C.C. 1.031.121.057

Médico Especialista en Salud Laboral  
DIANA CAROLINA GUAPACHA LOAIZA  
3689 / 2014 1031121057



Edwin B



Firma y cédula del Paciente  
EDWIN ANDRES BALLESTEROS MUÑOZ  
80724702