CONCEPTOS APTITUD LABORAL OPS ESM CACOM-2				
No.	**CONTRATISTA**	**FECHA EXAMEN MEDICO**	**FECHA OPTOMETRIA**	**CONCEPTO DE APTITUD**
1	MORENO QUEVEDO YINETH MARCELA	21/02/2024	21/02/2024	VERIFICADO ASSET
2	CALA AMAYA JAIME ENRIQUE	10/01/2024	10/01/2024	VERIFICADO ASSET
3	CARVAJAL ESCOBAR LUISA FERNANDA	10/01/2025	10/01/2025	VERIFICADO ASSET
4	CASTRO ESTEVEZ LUISA FERNANDA	11/09/2024	11/09/2024	VERIFICADO ASSET
5	PEREZ REINOSO AUDY MILENA	12/09/2024	12/09/2024	VERIFICADO ASSET
6	SARMIENTO SERNA MILENA ESTHER	16/12/2025	16/12/2025	VERIFICADO ASSET
7	VARGAS HUANIRI ANGELA PATRICIA	12/09/2024	12/09/2024	VERIFICADO ASSET
8	OTALORA CASTELLANOS PAOLA ANDREA	9/06/2025	9/06/2025	VERIFICADO ASSET



SMSM. Carolina Avila Avila
07/01/2026
Área Seguridad y Salud en el Trabajo JEFSA FAC

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FELAIFEL IPS
SERVICIOS DE SALUD Y PREVENCIÓN

ASESORIAS INTEGRALES Y CAPACITACION EN SGI
NIT: 901047739-5

EVALUACION MEDICA
Certificado de aptitud: 1124217824-36843

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA : 10/01/2025 VILLAVICENCIO META
PACIENTE.:LUISA FERNANDA CARVAJAL ESCOBAR
CEDULA: 1.122.647.873
FECHA NACIMIENTO 16/03/1989
EDAD: 35 AÑOS
TELEFONO:3017705921
DIRECCION: CALLE 5B 34B 27
CARGO :AUXILIAR DE ENFERMERIA

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

OPTOMETRIA : EMETROPE CONTROL ANUAL

ANEXO OSTEOMUSCULAR: BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

NO

Información de Remisiones

'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 í-ndole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clí-nicos y paraclí-nicos 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 clí-nicos y paraclí-nicos 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 verí-dicas. Firmo para constancia.

Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales , Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la Información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS , que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice , corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad'



ALEXANDER GOMEZ HERNANDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral
RES 4055/17 74372550

LUISA FERNANDA CARVAJAL ESCOBAR 1.122.647.873
Firma y cédula del Paciente