

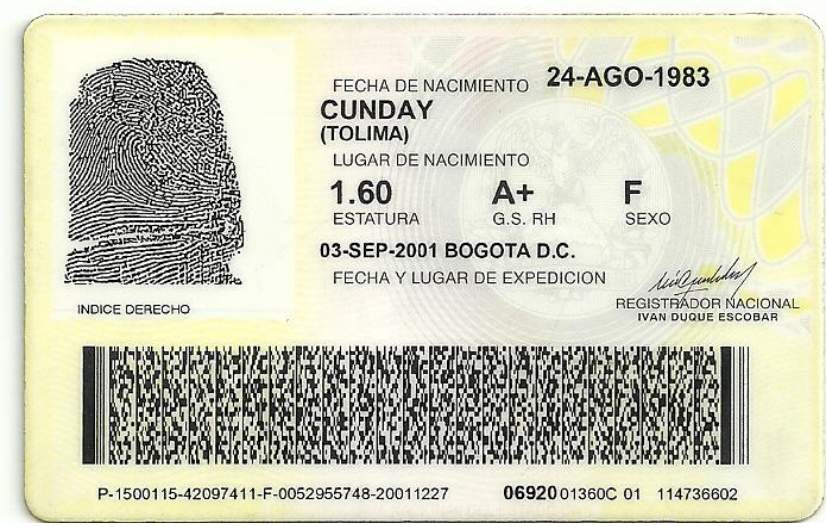
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52955748

ROMAN GONZALEZ
APELLIDOS

NUBIA LILIANA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1983
CUNDAY
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

03-SEP-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500115-42097411-F-0052955748-20011227 06920 01360C 01 114736602

MEDICAL GROUP S.O

NIT: 900.995.916-5
https://medicalgroupips.com/inicio/web/wordpress/
Cel: 3227367271
RESOLUCION No. 8807 de 28/05/2019

Código: 10

Fecha de ingreso: miércoles, 1 de octubre de 2025 | Hora: 7:00:00 a.m. | Fecha de entrega: miércoles, 1 de octubre de 2025 | Hora de retiro: 11:30:00 a.m.

TIPO DE CERTIFICADO

Ingreso	X	Periódico	◯	Retiro	◯	Post incapacidad	◯
Control	◯	Reintegro	◯	Esp. confinado	◯	Trabajo en alturas	X

DATOS DEL PACIENTE

Paciente: NUBIA LILIANA ROMAN GONZALEZ **ID:** 52955748
RH: A+ **Sexo:** FEMENINO **Edad:** 42 **Estatura:** 1.60 **Fecha de nacimiento:** 24/08/1983
Teléfono: N/A **Dirección:** N/A **Cargo:** Profesional Social
EPS: COMPENSAR **ARL:** POSITIVA **AFP:** PROTECCION **Caja de Compensación:** N/A
Empresa: INDEPENDIENTE **NIT:** N/A **Teléfono:** N/A
Dirección: N/A



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OCUPACIONAL ✓	2 COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] ✓	3 COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ✓
4 COLESTEROL TOTAL ✓	5 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA ✓	6 PSICOLOGIA ✓
7 MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL ✓	8 AUDIOMETRIA ✓	9 ESPIROMETRIA ✓

EXAMEN DE INGRESO

	SI	NO	N/A
Apto para el cargo	X	◯	◯
Aplazado	◯	◯	◯
Apto con restricciones	◯	◯	◯
Apto para trabajar en alturas	X	◯	◯
Apto para trabajar en esp. confinados	◯	◯	◯
Apto para trabajar con equipos de suministro de aire o auto contenido	◯	◯	◯
Apto para participar en la brigada	◯	◯	◯
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	◯	◯	◯

EXAMEN PERIÓDICO

	SI	NO	N/A
Apto para continuar desempeñando el cargo	◯	◯	◯
Requiere restricciones de actividades	◯	X	◯
Requiere reubicación laboral temporal	◯	X	◯
Requiere reubicación laboral permanente	◯	X	◯
Apto para trabajar en alturas	◯	◯	◯
Apto para trabajar en espacios confinados	◯	◯	◯

EXAMEN PERIÓDICO

Sospecha de enfermedad laboral	◯	◯	◯
Secuelas de accidentes de trabajo	◯	◯	◯
Enfermedad común	◯	◯	◯

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

SAYDA DALNIRA PAVON RIVERA
C. C.: 52891474 L.S.O.: 8807/2019

Aspirante o Trabajador

Nombre: NUBIA LILIANA ROMAN GONZALEZ
Identificación: 52955748

Captura Biométrica

" Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007"