**ASOTRANSCAL IPS**
NIT: 900.465.470-9
Cel: 6068786620 - 3206894197
MANIZALES - CALDAS

# CERTIFICADO EXAMEN MEDICO INGRESO

**(Resolución 1843 de 2025)**



**FECHA:** 2026-07-01 - **HORA:** 11:05:28
**CIUDAD:** MANIZALES - CALDAS

**DATOS PERSONALES:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | YULIANA PATIÑO MARIN | | |
| **IDENTIFICACION:** | CC - 1054986969 | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | 19-06-1997 | **SEXO:** | F |
| **ESTADO CIVIL:** | UNIÓN LIBRE | **EDAD:** | 29 |
| **DIRECCION:** | CRA 14 N° 55D-30 | **TELEFONO:** | 3108429049 - |
| **ESCOLARIDAD:** | EDUCACION UNIVERSITARIA | **PROFESION:** | ABOGADA CONTRATISTA |

**EMPRESA:** ALCALDIA DE MARMATO
**CARGO AL QUE ASPIRA:** ABOGADA CONTRATISTA

**CONCEPTO**
APTO CON CONDICIONES

**RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:**
USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA EN LA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
**OBSERVACIONES:** REALIZAR ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA EN SU EPS.

---

**MEDICO:**
**OBSERVACIONES:**
ADECUADO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:

SE REALIZÓ EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR NO EVIDENCIANDO ALTERACIÓN DE LA FUERZA NI DE LOS ARCOS DE MOVILIDAD CERVICAL, CINTURA ESCAPULAR, CINTURA PÉLVICA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES, TAMPOCO EN LA ALINEACIÓN, CURVATURAS Y MOVILIDAD DE COLUMNA VERTEBRAL.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

VISIOMETRÍA: NORMAL

LSO 0178 RM 2628
JUAN GUILLERMO LOPEZ RAMIREZ
MEDICO GENERAL - SALUD OCUPACIONAL
10269823
0178

---

**VISIOMETRIA:**

CON CORRECCION: NO

LSO 0178 RM 2628
JUAN GUILLERMO LOPEZ RAMIREZ
10269823
0178

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Manifiesto he sido informado por parte del Personal asistencial de ASOTRANSCAL IPS a cerca de los exámenes que me van a ser realizados Historia Clínica Ocupacional y/o otros como Ej. Audiometría, Tamizaje visual, Exámenes de Laboratorio (ej. Serología, perfil lipídico, prueba de embarazo, glucometría, cuadro hemático, creatinina, nitrógeno ureico, transaminasas, bilirrubinas, parcial de orina), enfermería, odontología, psicología y promoción de la salud (crecimiento y desarrollo, electrocardiograma, afinamientos) por parte del grupo asistencial de ASOTRANSCAL IPS, comprendo y estoy de acuerdo, en consecuencia doy mi consentimiento para la realización de estos y autorizo al personal de ASOTRANSCAL IPS a que proceda con la realización. Autorizo a que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de salud ocupacional o aquellas personas según lo contemple la ley o que yo autorice por escrito para la entrega de mis reportes e historia clínica, teniendo en cuenta la reserva de historia clínica que está contemplado en el decreto 1995 de 1999. Además estoy de acuerdo y aseguro que toda la información que he suministrado para la realización de esta historia clínica es verdadera y que no

| | |
|---|---|
| he ocultado información relevante para mi condición de salud. | |