CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2026-000011

Certifico que el señor (a) contratista: **KAREN TATIANA ARAUJO FORERO,** identificado con **C.C. No. 1117554717**, cumple con los documentos del perfil solicitados en la circular 3-2026-000011 Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general.

CIIU	AREA DEL CONTRATISTA	LABOR	EXAMANES PREEMPLEO	ENFASIS DEL EXAMEN MEDICO LABORAL	VACUNACION HEPATITIS B
1855101	Asistencial	Contratistas con tareas de formación para el trabajo seccional	Optometría. Audiometría Glicemia Perfil lipídico	Psicosocial. Osteomuscular	NO

Documentos solicitados por el contratante acatando: "Exámenes Preocupaciones para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

La presente certificación se expide en la ciudad de Florencia, el **2 de septiembre, 2026**

Cordial saludo



Martha Luz Altamar de los Reyes
Medico Laboral- Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Contratista Dirección Regional
Caquetá

EVALUAR SALUD IPS.S,A,S

PRESTADOR: 180010783701
IDENTIFICACIÓN: NIT - 901325729-4
DIRECCIÓN: CARRERA 4A # 15A-03
TELÉFONO: 3132147270
EMAIL: SALUDOCUPACIONALEVALUAR@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN **OSTEOMUSCULAR, RIESGO CARDIOVASCULAR**

FECHA DE IMPRESION: 2026/08/26 11:12:54 VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	KAREN TATIANA ARAUJO FORERO	**FECHA DE NACIMIENTO:**	1999-09-28
IDENTIFICACIÓN:	CC - 1117554717	**EDAD:**	26 AÑOS
SEXO:	FEMENINO		
FONDO DE PENSIONES:	PORVENIR		
EPS:	NUEVA EPS	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	EVALUAR IPS SAS	**IDENTIFICACIÓN:**	NIT - 901325729
EMPRESA CONTRATANTE:	0	**EMPRESA A LABORAR:**	0
CONVENIO:	PARTICULAR	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	2026082602011	**TIPO DE EVALUACION:**	PREINGRESO
CARGO:	INSTRUCTOR	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-08-26 10:38:06.000
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	CAQUETÁ / FLORENCIA		
FECHA DE SALIDA:	2026-08-26T10:47:49Z		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
OPTOMETRIA PSICOSENSOMETRICA		» GLICEMIA » PERFIL LIPIDICO » CUADRO HEMATICO	

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: SIN OBSERVACIÓN

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES

» GENERALES

- [x] EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL
- [x] PAUSAS ACTIVAS
- [x] HIGIENE POSTURAL

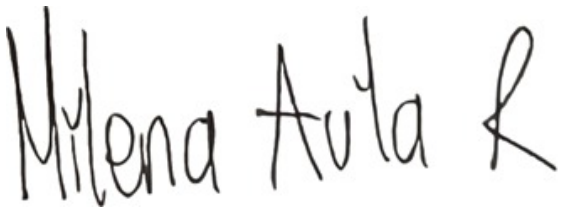
» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: OBSERVACIÓN: NINGUNA
NINGUNA

» MEDICO LABORALES

NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de EVALUAR SALUD IPS.S,A,S. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



HEIDY MILENA AVILA RAMOS
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 1030632339
LICENCIA SST: 10338



KAREN TATIANA ARAUJO FORERO
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 1117554717

Todos los derechos reservados - https://site.isismaweb.com/