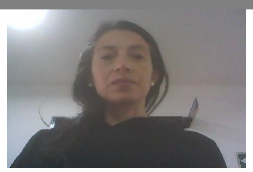
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1099202917-293267

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	14 oct. 2025 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	EVALUACION MEDICA DE PRE- INGRESO
Paciente:	YASMID SLENDY ARDILA CAMACHO	**Identificación:**	1099202917
Género	FEMENINO **Edad:** 40	**Teléfono**	**Móvil:** 3222193799
Fecha Nacimiento:	16/09/1985	**Cargo:**	PROFESIONAL
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A.
Dirección	CARRERA 26 39-93	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	MAESTRIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR VIP	**AREA: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: EXAMEN PERIODICO ANUAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA EXPOSICION, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA JORNADA LABORAL. 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		

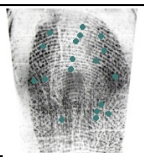
Información de Remisiones

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. Karina Maria Cardenas Tapia
Medico Esp. Salud Ocupacional
Lic. SO Res 988 de 2022 (renovada)

Médico Especialista en Salud Laboral
KARINA MARIA CARDENAS TAPIA
LSO 0742



Firma y cédula del Paciente
YASMID SLENDY ARDILA CAMACHO
1099202917