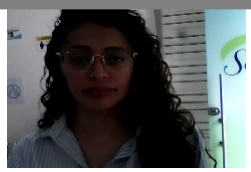
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SANILAB IPS SAS
NIT: 901216537

EVALUACIÓN MÉDICA DE MEDICINA LABORAL

Certificado de aptitud: 1075676478-5008

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULAR
Actividad Económica: 0010 - ASALARIADOS

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: PARTICULAR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	30 dic. 2025 - ZIPAQUIRA - CUNDINAMARCA	**Tipo de Examen:**	PREINGRESO
Paciente:	LADY NATALY ESPINOSA CACERES	**Identificación:**	1075676478
Género	FEMENINO **Edad:** 30	**Teléfono**	3057384650 **Móvil:**
Fecha Nacimiento:	11/06/1995	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**ARL:**	POSITIVA
Escolaridad:	ESPECIALIZACION	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Dirección	CARRERA 6 NO 11 2 65	**Cargo:**	SUBGERENTE
		AREA: ADMINISTRATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

OPTOMETRIA	CONTINUAR CON CORRECCIÓN ÓPTICA DE USO PERMANENTE.
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE

Observaciones: PACIENTE QUIEN ASISTE PARA EXAMENES OCUPACIONALES, SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, SIN ALTERACIONES AL EXAMEN FÍSICO OSTEOMUSCULAR, SE CONSIDERA PUEDE INICIAR ACTIVIDAD LABORAL

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

Yo en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria acepto y doy MI CONSENTIMIENTO para que el personal médico de SANILAB IPS S.A.S., me realice el examen médico ocupacional y para que mis datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de SANILAB IPS S.A.S. Además, certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos 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 informo 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 y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dra. Claudia Murcia R.
C.C. 35.424.651 R.M. 250994/09
MED ESP SST
L.S.O: 250547/22

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CLAUDIA PATRICIA MURCIA RODRIGUEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 35424651-2
RM. 250995-09 - LSO

Firma y cédula del Paciente
LADY NATALY ESPINOSA CACERES
1075676478