

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA  
NIT: 900146367

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL  
Certificado de aptitud: 79128893-289981



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|  |                             |                        |                                      |
|--|-----------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| <b>Fecha y Lugar:</b>                    | 30 jul. 2025 - BOGOTA D.C   | <b>Tipo de Examen:</b> | EGRESO                               |
| <b>Paciente:</b>                         | LUIS ARMANDO GALEANO BERNAL | <b>Identificación:</b> | 79128893                             |
| <b>Género:</b>                           | MASCULINO <b>Edad:</b> 59   | <b>Teléfono</b>        | <b>Móvil:</b> 3212238126             |
| <b>Fecha Nacimiento:</b>                 | 25/06/1966                  | <b>Cargo:</b>          | CONDUCTOR                            |
| <b>Estado Civil:</b>                     | CASADO(A)                   | <b>EPS:</b>            | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD |
| <b>Dirección</b>                         | CRA 115 67 A -40            | <b>ARL:</b>            | SURA                                 |
| <b>Escolaridad:</b>                      | BACHILLER                   | <b>AFP:</b>            | COLPENSIONES                         |
| <b>Empresa</b>                           | DESTINY TOURS SAS           |                        |                                      |
| <b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b> | DESTINY TOURS SAS           | <b>AREA:</b>           | No Reporta                           |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

**EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** NO HAY SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL NI PATOLOGIAS DE ORIGEN COMUN AGRAVADAS POR EL TRABAJO

## CONCEPTO LABORAL

EGRESO SATISFACTORIO

Observaciones:

**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.

Dr. Leonardo Sarmiento Nieto  
M.D. Especialista en Epidemiología  
y Salud en el Trabajo  
Reg. 25-908 / ARL 1 / 2017  
C.C. 1026260956

Médico Especialista en Salud Laboral  
LEONARDO SARMIENTO NIETO  
25908 de 2017 sds c 1026260956



Luis Armando Galeano Bernal

Firma y cédula del Paciente  
LUIS ARMANDO GALEANO BERNAL  
79128893

