

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA

NIT: 900146367



## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 79128893-289981

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 30 jul. 2025 - BOGOTA D.C  
**Paciente:** LUIS ARMANDO GALEANO BERNAL  
**Género** MASCULINO **Edad:** 59  
**Fecha Nacimiento:** 25/06/1966  
**Estado Civil:** CASADO(A)  
**Dirección** CRA 115 67 A -40  
**Escolaridad:** BACHILLER  
**Empresa** DESTINY TOURS SAS  
  
**Misión/Contrato/** DESTINY TOURS SAS  
**Centro de Costo:**

**Tipo de Examen:** EGRESO  
**Identificación:** 79128893  
**Teléfono** Móvil: 3212238126  
**Cargo:** CONDUCTOR  
**EPS:** COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD  
**ARL:** SURA  
**AFP:** COLPENSIONES

**AREA:** No Reporta

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

### 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 paraclinicos 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 paraclinicos 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 Nieta  
Médico Especialista en Salud Laboral  
Salud en el Trabajo  
Ref. 25/07/2017  
C.C. 1026260956



Luis Armando Galeano



Firma y cédula del Paciente  
LUIS ARMANDO GALEANO BERNAL  
79128893

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