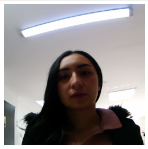
SUPERBIEN MEDICINA LABORAL S.A.S
PRESTADOR: 110013851301
IDENTIFICACIÓN: NIT - 901573314
DIRECCIÓN: KR 42 BIS 17A 75 LOCAL 2 PISO 1
TELÉFONO: 6017447130
EMAIL: GERENCIAGENERAL@SUPERBIENIPS.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN **OSTEOMUSCULAR**

FECHA DE IMPRESION: 2026/01/10 10:53:55 VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	ESTEPHANIA TORRES LOPEZ	**FECHA DE NACIMIENTO:**	2001-01-05
IDENTIFICACIÓN:	CC - 1010034120	**EDAD:**	25 AÑOS
SEXO:	FEMENINO		
FONDO DE PENSIONES:	PORVENIR		
EPS:	FAMISANAR	**ARL:**	NO TIENE AFILIACION



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	CLIENTE PARTICULAR	**IDENTIFICACIÓN:**	NIT - 111111111
CONVENIO:	CLIENTE PARTICULAR	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	ACTIVIDADES DE CONSULTARÍA DE GESTIÓN

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	20260110020129	**TIPO DE EVALUACION:**	PREINGRESO
CARGO:	CONTRATISTA	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-01-10 10:39:51
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	BOGOTÁ D.C. / BOGOTA D.C.		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA OPTOMETRIA			

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: APTITUD FAVORABLE CON CONDICIONES NO LIMITANTES PARA DESEMPEÑAR SU LABOR.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: CONTINUAR USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE

RECOMENDACIONES

» GENERALES

☑ EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL ☑ PAUSAS ACTIVAS ☑ HIGIENE POSTURAL

» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: OBSERVACIÓN: NINGUNA
NINGUNA

» MEDICO LABORALES

RECOMENDACIONES PARA DEPARTAMENTO DE SST DE LA EMPRESA DE MANERA PREVENTIVA : REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA, PAUTAS DE HIGIENE Y ERGONOMIA POSTURAL; USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN CORRESPONDA; SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS VISUALES, REALIZAR CONTROLES PERIODICOS POR OPTOMETRIA, REALIZAR CONTROLES PERIODICOS POR AUDIOMETRIA

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 SUPERBIEN MEDICINA LABORAL 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.



YINEDT RAMOS
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 52493188
LICENCIA SST: 25-1351 DE 2025



ESTEPHANIA TORRES LOPEZ
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 1010034120

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