

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



*Dra. Paola Sanabria*

MEDICINA LABORAL Y MEDICINA DEL TRABAJO

IPS SALUD OCUPACIONAL DOCTORA PAOLA

NIT: 907652712-1



## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1019006755-157

### INFORMACIÓN GENERAL

<b>Fecha y Lugar:</b>	24/01/2024 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	RICARDO DIAZ CIFUENTES	<b>Identificación:</b>	1019006755
<b>Género:</b>	MASCULINO <b>Edad:</b> 37	<b>Teléfono</b>	<b>Móvil:</b> 311814513
<b>Fecha Nacimiento:</b>	18/06/1986	<b>Cargo:</b>	CONTRATISTA
<b>Estado Civil:</b>	SOLTERO(A)	<b>EPS:</b>	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
<b>Dirección</b>	CALLE 129B-58-53	<b>ARL:</b>	POSITIVA
<b>Escolaridad:</b>	POSTGRADO	<b>AFP:</b>	COLPENSIONES
<b>Empresa</b>	PARTICULAR		

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CUMPLE PARA EL CARGO

Observaciones: USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE

**Tipo de Restricción**

**Condiciones, Factores, Agentes Asociados**

**Permanente**

NO

**Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)**

BIOMECANICO

PPyP

### Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

#### CONSENTIMIENTO

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 he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos 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 para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y 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.

#### LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo a la IPS, para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

*Paola Andrea Sanabria C.*  
Esp. Gerencia de Seguridad  
y Salud en el Trabajo  
C.O.S 5384 REG. 1010220274  
*PAOLA SANABRIA*



*[Signature]*

PAOLA ANDREA SANABRIA CASALLAS

Médico Especialista en Salud Laboral

LSO. 5384 26112020  
1010220274

RICARDO DIAZ CIFUENTES

1019006755

Firma y cédula del Paciente

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
Nit:NI					
Cédula ciudadanía:CC <input type="text" value="CC"/> <input type="text" value="1010220274"/> - <input type="text"/>					
Cédula extranjería:CE					
Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Privada"/> <input type="button" value="▼"/> <input type="text" value="Prestadores acreditados en salud"/>					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento <input type="text" value="Bogotá D.C"/> <input type="button" value="▼"/> Municipio <input type="text" value="BOGOTÁ"/> <input type="button" value="▼"/>					
Código de Prestador <input type="text" value="1100138141"/> - <input type="text" value="01"/>					
Nombre del Prestador <input type="text" value="PAOLA ANDREA SANABRIA CASALLAS"/>					
Clase de Prestador <input type="text" value="Profesional Independiente"/> <input type="button" value="▼"/> Empresa Social del Estado <input type="button" value="▼"/>					
Dirección <input type="text" value="CALLE 74 # 22 62"/>					
Teléfono(s) <input type="text" value="3103325391"/>					
Fax <input type="text"/>					
Correo Electrónico <input type="text" value="dra.paolasanabria@gmail.com"/>					
Razón Social <input type="text" value="PAOLA ANDREA SANABRIA CASALLAS"/>					
Representante Legal <input type="text"/>					
Nivel Atención Prestador <input type="button" value="▼"/> Carácter Territorial <input type="button" value="▼"/>					
Fecha de Inscripción <input type="text" value="20220209"/> Fecha de Vencimiento <input type="text" value="20260208"/>					

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: **miércoles 07 de enero de 2026 (3:46 p.m.)**

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES		
NIT/CC	1010220274 -						
Naturaleza Jurídica	Privada						
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR							
Código del Prestador	1100138141 - 01	Clase de Prestador	Profesional Indepe				
Empresa Social del Estado		Nivel Atención Prestador		Carácter Territorial			
DATOS DE LA SEDE							
Departamento	Bogotá D.C	Municipio	BOGOTÁ				
Código de la Sede	1100138141 - 01						
Nombre de la Sede	PAOLA ANDREA SANABRIA CASALLAS						
SERVICIO							
Grupo	Consulta Externa	Número Distintivo de Habilitación del Servicio	DHSS0355822				
Servicio	407-MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL						
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	08:00A17:00	08:00A17:00	08:00A17:00	08:00A17:00	08:00A17:00		
	Intramural						
	Intramural						
SI							
Extramural							
Modalidad extramural Unidad móvil		Modalidad extramural Domiciliario		Modalidad extramural Jornada de salud		Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH	
NO		NO		SI			
Modalidades							
Telemedicina							
Telemedicina Prestador de Referencia							
Telemedicina interactiva		Telemedicina no interactiva		Tele experticia		Tele monitoreo	
NO		NO		NO		NO	
Telemedicina Prestador de Remisor							
Tele experticia				Tele monitoreo			
NO				NO			
Especificidades							
Complejidad							
MEDIANA							
Fecha apertura del servicio							
20220209 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.							
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: miércoles 07 de enero de 2026 (3:46 p.m.)							
Excel Word Texto							
(1) registros encontrados.							
1							
Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo	
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100138141	01	PAOLA ANDREA SANABRIA CASALLAS	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	DHSS0355822	
1							