BELLSALUD

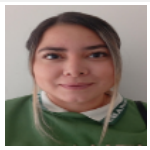
PRESTADOR: 052640386101
IDENTIFICACIÓN: NIT - 811022642-5
DIRECCIÓN: CAR 14 8 - 125
TELÉFONO: 6048670502
EMAIL: BELLSALUD1@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

FECHA DE IMPRESION: 2026/01/23 11:33:56 VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	NAYIVE ALEXA SUAREZ DUARTE	**FECHA DE NACIMIENTO:**	1991-06-06
IDENTIFICACIÓN:	CC - 1128454257	**EDAD:**	34 AÑOS
SEXO:	FEMENINO		
FONDO DE PENSIONES:	PORVENIR		
EPS:	SALUD TOTAL S.A.	**ARL:**	ARL SURA



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	CONSUMIDOR FINAL	**IDENTIFICACIÓN:**	NIT - 222222222
CONVENIO:	CONSUMIDOR FINAL	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA, SOLO PARA PERSONAS NATURALES

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	2026012302012	**TIPO DE EVALUACION:**	INGRESO
CARGO:	AUDITORA INTERNA	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-01-23 08:51:09
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	ANTIOQUIA / ENTRERRIOS		
FECHA DE SALIDA:	2026-01-23 08:52:57		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS	LABORATORIO CLÍNICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: SIN RESTRICCIONES PARA EJERCER EL CARGO.
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: SIN OBSERVACIÓN

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

» GENERALES

☑ EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL ☑ CONTINUAR MANEJO MÉDICO ☑ PAUSAS ACTIVAS ☑ USO DE E.P.I.
☑ HIGIENE POSTURAL

» OCUPACIONALES PREVENTIVAS

- **OSTEOMUSCULAR:** ACONDICIONAMIENTO FISICO SEGUN REQUERIMIENTOS DEL CARGO. ADECUACION ERGONOMICA DE PUESTOS DE TRABAJO SEGUN DISPOSICION DE LA EMPRESA. CAPACITACION PARA MANEJO DE CARGAS SEGUN CRITERIO DEL CARGO.
- **VISUAL:** EDUCACIÓN EN HIGIENE VISUAL. USO DE PROTECCIÓN VISUAL SEGÚN TIPO DE EXPOSICIÓN. ADECUADA ILUMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO. PAUSA ACTIVA VISUAL.
- **BIOLÓGICO:** USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD ADECUADOS PARA EL RIESGO Y VERIFICACION DE ESQUEMAS DE VACUNACION.

» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: OBSERVACIÓN: NINGUNA
NINGUNA

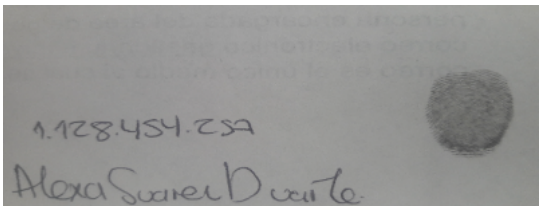
» MEDICO LABORALES

NINGUNA

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 BELLSALUD. 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.



LUIS ENRIQUE VELASQUEZ RAMIREZ 0
ESPECIALIDAD: SST
IDENTIFICACIÓN: CC - 79352284
LICENCIA SST: 2024060022078/2024



NAYIVE ALEXA SUAREZ DUARTE
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 1128454257

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