



# DR. MAURO R. RUIZ TORRES

## CERTIFICADO DE ACTITUD MEDICO LABORAL

Fecha: 06 DE ENERO DEL 2026	Proyecto: INDEPENDIENTE
Lugar (Ciudad, Departamento): AGUACHICA - CESAR	
Nombre Completo: HACIP ALBERTO SANCHEZ OSORIO	Documento de Identidad: 18,904,300
	Hemoclasificación: Grupo: O RH: (+)
Peso: 84 kg talla: 169 cm Ta: 120 / 70 FC: 85 FR: 20 T: 36,7 °C	Edad: 42 Años estado Civil: UNION LIBRE
Nombre del Cargo y Área:	MEDICO

### Tipo de Examen

☒ Ingreso ☐ Egreso ☐ Periódico ☐ Reintegro ☐ Trabajo en Alturas ☐ Manipulación de Alimentos

### Exámenes Paraclínicos Realizados

<input checked="" type="checkbox"/> Optometría	<input type="checkbox"/> Hemoclasificación	<input type="checkbox"/> Frotis - Cultivo Garganta
<input checked="" type="checkbox"/> Visiometría	<input checked="" type="checkbox"/> Cuadro Hemático - Plaquetas	<input checked="" type="checkbox"/> Perfil Lipídico
<input checked="" type="checkbox"/> Audiometría	<input checked="" type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Serología
<input checked="" type="checkbox"/> Espirometría	<input checked="" type="checkbox"/> Parcial de Orina	<input type="checkbox"/> Otros...
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Coprológico	
<input type="checkbox"/> RX Lumbo - Sacra	<input type="checkbox"/> KOH Uñas	

### Concepto Médico Laboral (Evaluación Psico - Física)

Examen Médico Ingreso (Aplica también para Reintegro)	Examen Médico Periódico (Aplica también para Cambio de Labor y Post-Incapacidad)	Examen Médico Egreso
<input checked="" type="checkbox"/> APTO: Clínicamente no presenta ninguna alteración de salud.	No presenta alteraciones de salud.	Satisfactorio.
APTO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR: Presenta alguna alteración de salud que no limita el normal ejercicio de su labor.	Presenta alguna alteración de salud no relacionada con el trabajo. Se remite o debe continuar manejo por EPS.	Presenta alguna alteración de salud no relacionada con el trabajo. Se remite o debe continuar manejo por EPS.
APLAZADO: Presenta alguna alteración de salud que requiere tratamiento o valoración antes de ingresar.	Presenta alguna alteración de salud posiblemente relacionada con el trabajo. Se remite a la EPS para determinar profesionalidad del evento y manejo por la ARP en caso de ser necesario.	Presenta alguna alteración de salud posiblemente relacionada con el trabajo. Se remite a la EPS para determinar profesionalidad del evento y manejo por la ARP en caso de ser necesario.
NO APTO: Presenta alguna alteración de salud que puede complicarse con el trabajo.	Puede reincorporarse a sus labores habituales.	No desea realizarse Examen Médico de Egreso por sentirse bien de salud.

### Observaciones:

**APTO PARA LABORAR**

Apto para trabajo en alturas:	N/A	Apto para conducción vehicular:	N/A	Apto para manipulación cargas:	N/A
Idóneo para trabajo espacio confinado:	N/A	Apto para manipulación alimentos:	N/A	Requiere ser reubicado:	N/A

SI: Apto NO: No Apto NA: No Aplica

### Recomendaciones Generales y Laborales

Recomendaciones	Según I.M.C.	Manejo E.P.S. / A.R.P.	Inclusión S.V.E. Y/O Promoción y Prevención
<input checked="" type="checkbox"/> Control ocupacional periódico	<input type="checkbox"/> Dieta	<input type="checkbox"/> Control PyP por EPS	<input type="checkbox"/> Salud visual
<input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural	<input type="checkbox"/> Ejercicio regular	<input type="checkbox"/> Se prescribe tratamiento	<input type="checkbox"/> Cuidado auditivo
<input checked="" type="checkbox"/> Utilización EPP	<input type="checkbox"/> Valoración por nutrición	<input type="checkbox"/> Remisión a EPS	<input type="checkbox"/> Riesgo químico
<input type="checkbox"/> Utilización Ortesis	<input type="checkbox"/> Descartar Enf. Metabólica	<input type="checkbox"/> Remisión a ARP	<input type="checkbox"/> R. ergonómico
<input type="checkbox"/> Medidas antivárices	<input type="checkbox"/> Valoración por EPS	<input type="checkbox"/> Continuar seguimiento médico	<input type="checkbox"/> R. Cardiovascular
<input type="checkbox"/> Evaluación puesto trabajo		<input type="checkbox"/> Control odontológico	<input type="checkbox"/> R. Psicolaboral

### Nombre Especialista

DR Mauro R. Ruiz Torres  
Medico General - unimetro RM: 47188  
Esp: SGSST UCC. Licencia: 03779


### Firma y Sello

*Dr. Mauro R. Ruiz Torres*  
Medico - Unimetro  
Esp. SGSST  
R.M. 47188 Reg. 03779

### Firma del Trabajador

CC:



	<b>RESOLUCION</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>APJC RG-89</b>
		<b>VERSIÓN</b>	<b>1</b>
		<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>22/05/2019</b>
		<b>PÁGINA</b>	<b>1 de 1</b>

**RESOLUCION NÚMERO - 03779 DE**  
**POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL (E)**

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

**CONSIDERANDO:**

Que MAURO RAFAEL RUIZ TORRES identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 72288132 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1:** Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: MAURO RAFAEL RUIZ TORRES. - MEDICO CIRUJANO - ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 72288132, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

**ARTÍCULO 2:** La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

**ARTÍCULO 3:** Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

**ARTÍCULO 4:** Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

**ARTÍCULO 5:** Contra la presente Resolución procede los recursos legales

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bucaramanga a los

26 MAR 2019

  
**ALVARO HERNANDO CLAVIJO HERNANDEZ**  
 Secretario de Salud Departamental (E)

Revisó: Mónica Romero Salazar - Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOGC  
 Proponió: Elizabeth Ceballos Zetate - Grupo de Acreditación en Salud SOGC