



Salud Ocupacional del Huila Limitada - IPS
Prestador: 4100101149
Dirección: Calle 18a #7-61/65 Barrio Quirinal
Teléfono: (+57) 3102176642
Email: siau.soh@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE
APTITUD LABORAL
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: LUIS ALEJANDRO OSPINA REYES
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Nacimiento: 1991-02-09
Estrato: 2
Rh: O+
Hijos: 0
Estado civil: Soltero
Dirección: CRA 12 · 10-66 ALTICO
Otros teléfonos:
Nombre del responsable:
Cargo: CONTROL DE CALIDAD
Fecha: 2026/01/07

Edad: 34 Años
Documento: 1061734866
Ciudad o municipio: 013 - HUILA > NEIVA
Sexo: Masculino
Escolaridad: Especialista - 18
Raza: Caucásico
Discapacitado: NO
Teléfono celular: 3017234987
Eps: E.P.S Sanitas S.A. - 7
Arl: Positiva - 7
Fondo de pensión: Protección
Tipo de evaluación: Cambio de cargo



DATOS DE LA EMPRESA CONTRATANTE

Nombre: PARTICULARES
Dirección: -
Otros teléfonos:

Identificación: 000000000
Teléfono celular: 3102751566
Actividad:

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

P: PARACLÍNICOS

- * EXAMEN MÉDICO DE INGRESO
- * ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

L: LABORATORIO CLÍNICO

V: VACUNAS

CERTIFICADO DE APTITUD

Concepto ocupacional: APLICA PARA EL CARGO Observación:
Concepto Énfasis osteomuscular: SIN PATOLOGÍA

RECOMENDACIONES GENERALES

✓ DIETA BAJA EN AZUCAR, HARINAS, GRASA ✓ EJERCICIOS DIARIOS

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

✓ USO DE E,P,P. ✓ PAUSAS ACTIVAS ✓ HIGIENE POSTURAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, LUIS ALEJANDRO OSPINA REYES, identificado con CC 1061734866, autorizo al médico 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. 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.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciados en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. 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 SALUD OCUPACIONAL DEL HUILA.

Firma del especialista:

Dr. Guillermo E. Cortés G.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
C.C. 12.131.715 T.P. 5126/32 MINSALUD
Resolución LSST 2544/24 S.S.H.

GUILLERMO ENRIQUE CORTES GORDILLO
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE TRABAJO Y
MEDICINA LABORAL
CC: 12131715 - Tarjeta prof. # LSST: 2544/24



Código de verificación
156065-21W19

Firma del trabajador:

LUIS ALEJANDRO OSPINA REYES
CC: 1061734866