IPS SALUD HUMANA SAS
NIT: 901128104-7
CODIGO DE HABILITACION: 1738002530
RESOLUCION No 17-0401 2025 05-19-2025 DE 2025-05-19
LICENCIA OCUPACIONAL: 202006025272

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

N°: 3727

INFORMACION GENERAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
15	Julio	2026	La Dorada	Examen medico ocupacional de ingreso
DIA	MES	AÑO	Ciudad	

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	ALCALDIA MARQUETALIA		
Cargo	PRESTACION DE SERVICIOS	**Antigüedad**	< de 1 año

DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE

BRIAN MAURICIO BUSTOS GUTIERREZ			**Genero**	**Edad**	**Documento de identificación**
			Masculino	22	CC 1.054.539.441
Apellidos y Nombres					**Tipo** **Numero**
Estado civil	Soltero	**Teléfono**	3232749484	**Dirección**	CALL 38 # 5-14

RIESGOS LABORALES

X	Psicosociales		Químicos
X	Osteomuscular		Condiciones de seguridad
	Biológicos	x	Biomecánicos
	Físicos		Fenómenos naturales

EXAMENES DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL REALIZADOS

Evaluación medica ocupacional OSTEOMUSCULAR	**X**		

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto

APTO

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
EXAMEN OSTEOMUSCULAR: SANO , REALIZAR PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL	REPORTAR NOVEDADES, PELIGROS Y RIESGOS QUE SE PRESENTE EN MATERIA SST AL RESPONSABLE DEL SISTEMA - REALIZAR INDUCCION SST - CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA	**1.** BAJAR DE PESO. **2.** HACER ACTIVIDAD FISICA TRES VECES POR SEMANA.

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes.

NOTA: PARA VERIFICACION DE DICHO CERTIFICADO TIENE LOS SIGUIENTES ENLACES:
CORREO: saludhumana.amb@hotmail.com
TELEFONO: 606-8374643 - 3206500934 - 3126253483
DIRRECION : CRA 5 # 11 - 23 CENTRO

Medico

Dr. Rafael E. Vitola Ortega
Médico Especialista en seguridad y salud en el trabajo
R.M. 70 - 392 Lic. 202006025272

Firma

Rafael E. Vitola Ortega

Rafael Eduardo Vitola Ortega
R.M 70-392 L.S.O:202006025272

Aspirante o trabajador

Firma:

Documento: 1.054.539.441