IPS SALUD HUMANA SAS
NIT: 901128104-7

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

N°: 1525

INFORMACION GENERAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
20	eptiembr	2025	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	INDEPENDIENTE		
Cargo	GERENTE CANAL MAS TELEVISION	Antigüedad	< de 1 año

DATOS DEL TRABAJADOR/ASPIRANTE

ANDRES FABIAN PORTUGUEZ LAGOS		Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres		Masculino	40	CC	16.015.117
Estado civil	Soltero	Teléfono	3205175793	Tipo	Numero
				Dirección	LA DORADA CALDAS

RIESGOS LABORALES

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

EXAMENES DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL REALIZADOS

Evaluación ocupacional osteomuscular con enfasis osteomuscular	X		Audiometria	
Espirometría			Visiometria	
Laboratorios			Vacuna tetano	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
OSTEO: Ninguna	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	CONTINUAR CON ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y ACTIVIDAD FISICA TRES VECES POR SEMANA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen medico y/o paraclinicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen medico y/o paraclinicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinicos ocupacionales, a partir de la asesoria 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
R.M. 70 - 392 L.S. 202006025272

Firma Rafael E. Vitola Ortega

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

Aspirante o trabajador

Firma X

Documento 16.015.117