	FLORES UBATE S.A.S. SALUD CERTIFICADO MEDICO	Versión 2 Octubre 2022 Página 1 de 1

FECHA DEL EXAMEN	05	03	2026	MUNICIPIO	Ubate			TIPO DE EVALUACION	Periodico.		

DATOS DE IDENTIFICACION

Apellidos y Nombres	Bolla Vargas Martha, Liliana					C.C.#	1074888920		
Cargo	Directora Gestion Humana	Área	Gestion Humana		Fecha de Ingreso	21	06	2014	
EPS	Sanitas.	ARL	Bolivar		AFP	Colpensiones			

CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL

APTO	X	APTO CON RECOMEDACIONES		APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON RECOMENDACIONES/ RESTRICCIONES		NO APTO		APLAZADO	

RECOMENDACIONES/ RESTRICCIONES

No.	ESPECIFIQUE	FECHA INICIO	FECHA FIN	OBSERVACIONES

CONDUCTAS SEGUN DIAGNOSTICOS

GENERALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL ☐ CAPACITACION EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS ☐ USO DE E.P.P ☐

REALIZAR PAUSAS SALUDABLES DE ACUERDO CON LA INTENSIDAD DE LA LABOR ☐ INGRESAR AL SVE DME ☐

INGRESAR SVE DE PLAGUICIDAS ☐ INGRESAR AL SVE DE ALTURAS ☐ INGRESAR AL SVE RUIDO ☐

OTRO, ESPECIFIQUE

Certifico que me han comunicado y en consecuencia he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos de los exámenes médicos o paraclínicos ocupacionales que me han practicado. Así mismo certifico que las respuestas dadas por mi en este examen y registradas en este documento están completas y son verídicas, en consecuencia, desde ya exonero a la empresa de cualquier responsabilidad en relación con la información NO suministrada o suministrada de forma incompleta. Entiendo que la realización de este proceso es voluntario y libre de toda coerción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que me fueran practicadas las pruebas. Fui informado de las medidas que el medico de Seguridad y Salud en el Trabajo y la Empresa tomarán para proteger la confidencialidad de los resultados. Autorizo al médico de Seguridad y Salud en el Trabajo para que suministre por cualquier medio físico o electrónico la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso (La presente autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley, sin que pueda ser revocada mientras subsista contrato de trabajo). Reitero con mi firma que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que ejercicio de mis derechos me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.

FIRMAS

Dr. Fernando Alvarez Especialista en Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional RSO 25615 FLORES UBATE SAS	
NOMBRE MEDICO	NOMBRE TRABAJADOR Liliana Bolla
LICENCIA SST 2615 REGISTRO MEDICO	CEDULA 1074888920.