07012020

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



Fecha: Jamundí Valle 07 ENERO de 2020

NOMBRE:	**MARIA ISABEL LENIS QUICENO**	CC:	**67.032.144**
		PESO:	**77.5KG**
EMPRESA:	**ALCALDIA DE CALI**	TALLA:	**1.65M**
		IMC:	**28.4**
CARGO:	**ADMINISTRATIVO**	RH:	**O+**

FECHA DE NACIMIENTO: ***17/06/1985*** *EDAD:* ***34 AÑOS***

Hacemos constar que, en la fecha, examinamos al aspirante suscrito, con el siguiente concepto final:

TIPO DE EXAMEN:

(X) Ingreso
( ) Periódico
( ) Egreso

(X) Apto(a) sin restricción
( ) Aplazado (a)
( ) No apto (a)
( ) Apto (a) con recomendaciones

TENSION ARTERIAL: ***120/80***

Recomendación: SOBRE PESO – BAJAR DE PESO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **SALUD OCUPACIONA S.A.S**., a realizar en mi, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrados en este documento. **SALUD OCUPACIONAL S.A.S**., me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. 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(n) el (los) examen(es) Fui informado de las medidas que tomará **SALUD OCUPACIONAL S.A.S.**, para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este (los) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a **SALUD OCUPACIONAL S.A.S** para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Oscar Ortiz Gómez
Médico Cirujano
Universidad del Valle
R.M. No. 10966
C. Ocup. Mros. 414521-0068

ESPECIALISTA OCUPACIONAL
OSCAR ORTIZ GOMEZ
Licencia Ocupacional 756-2018 del 18 MAYO

María Isabel Lenis Quiceno

FIRMA DEL PACIENTE
cc. 67.032144

Calle 8 N 10-36 B/ la esmeralda Jamundi – V
Teléfono: 2884190 - 3157685928 E-mail: sojamundiips@gmail.com