CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



Fecha: Jamundí Valle 10 ENERO de 2020

NOMBRE:	**WILLIAM DAVID PEREZ OBANDO**	CC:	**1.112.472.344**
		PESO:	**51.8KG**
EMPRESA:	**GOBERNACION DEL VALLE**	TALLA:	**1.69M**
		IMC:	**18.1**
CARGO:	**CONTRATISTA**	RH:	**A+**

FECHA DE NACIMIENTO: ***29/03/1991*** *EDAD:* ***26 AÑOS***

Hacemos constar que, en l/a 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 restricciones

TENSION ARTERIA: ***110/70***

Recomendación: SANO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **SALUD OCUPACIONAL JAMUNDI IPS LTDA**., a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrados en este documento. **SALUD OCUPACIONAL JAMUNDI IPS LTDA**., 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 JAMUNDI IPS LTDA.**, para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en el(los) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a **SALUD OCUPACIONAL JAMUNDI IPS** 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 emitir mi consentimiento.

Oscar Ortiz Gómez
Médico Cirujano
Universidad del Valle
R.M.No. 10966
Esp. Ocup. Nros. 414821-0059

Medico examinador

ESPECIALISTA OCUPACIONAL

OSCAR ORTIZ GOMEZ

Licencia Ocupacional 414521-0059