06052019



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Fecha: Jamundí Valle 06 MAYO de 2019

NOMBRE:	**ERIKA MARIA MONTERO WAGNER**	CC:	**1.112.474.494**
		PESO:	**61.7KG**
EMPRESA:	**GOBERNACIÓN DEL VALLE**	TALLA:	**1.63M**
		IMC:	**23.2**
CARGO:	**APOYO A PROCESOS DE EMPRENDIMIENTO**	RH:	**AB+**

*FECHA DE NACIMIENTO: **15/12/1991** EDAD: **27 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: **110/70***
Recomendación: SANA

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 (tos) 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
S. Ocup. Nro. 414621-0059

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

Erika Montero Wagner

FIRMA DEL PACIENTE
CC. 1112474494

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