24062022



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Fecha: jamundi valle 24 DE JUNIO 2022

NOMBRE:	**DARWIN NARVAEZ URBANO**	C.C:	**1.081.592.719**
		PESO:	**76.7 KG**
EMPRESA:	**INDEPENDIENTE**	TALLA:	**1.73 M**
		IMC:	**25.6**
CARGO:	**MAESTRO DE OBRA**	RH:	**O+**

FECHA DE NACIMIENTO: **20/06/1987** EDAD: **34 AÑOS**

Hacemos constar que, en la fecha, examinamos al aspirante suscrito, con el siguente 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: 140/90

DIAGNOSTICO: SANO
RECOMENDACIÓN:

SEGUIR CON LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD IMPLEMENTADAS EN LA EMPRESA POR MOTIVO DE PANDEMIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **SALUD OCUPACIONA S.A.S.**, a realizar en mí, 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 mí 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.

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

FIRMA DEL PACIENTE
C.C. 1081592719

CALLE 8 # 10-36 B/la esmeralda Jamundi – V
Telefono: 2884190 – 3157685928 E-mail: sojamundiips@gmail.com