02062016



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Fecha: Jamundi Valle 02 JUNIO DE 2016 — RH: O+
Nombre: **LUIS EDUARDO DAMIAN MEDINA** — CC: 94.520.677
Empresa: **PARQUE DE LA CAÑA** — Peso: 88.3Kg
Cargo: **MONITOR DEPORTIVO** — Talla: 1.70m
Fecha de Nacimiento: **03/12/1977** EDAD: **38AÑOS** — IMC: 30.5

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 restricciones
( ) Aplazado (a)
( ) No apto (a)
( ) Apto (a) con restricciones

TENSION ARTERIAL: 110/70

Recomendación: BAJAR DE PESO -CONSULTAR A SU EPS POR HERNIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a SALUD OCUPACIONAL JAMUNDI IPS LTDA., a realizar en mi, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrados en este documento. SALUD OCUPACIONAL JAUNDI 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 intervención, las limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la entrega 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 tomara SALUD OCUPACIONAL JAMUNDI IPS LTDA., para asegurar la confidencialidad de sus resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) 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 elaboración 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 todas las preguntas han sido contestadas antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de ejercicio de mi consentimiento.

Medico examinador
OSCAR ORTIZ GOMEZ

Calle 8 N 10-36 B/ la esmeralda Jamundi – V
Teléfono: 3155463999 E-mail: sojamundiips@gmail.com