15062024



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA: JAMUNDI- VALLE 15 DE JUNIO 2024

NOMBRE:	**JEINCOL ROJAS MAHECHA**	C.C.	**1.112.470.673**
		PESO:	**73.7 KG**
EMPRESA:	**GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA**	ESTATURA:	**1.62 CM**
		IMC:	**28.1**
CARGO:	**CONTRATISTA**	RH:	**O+**
EPS:	**NUEVA EPS**	TELEFONO:	**3008438700**

FECHA DE NACIMIENTO: **09/08/1990** EDAD: **33 AÑOS**

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

TIPO DE EXAMEN:

(X) Ingreso Laboral
( )Periódico Laboral
( ) Egreso Laboral

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

TENSION ARTERIAL: 120/80 mm/Hg
DIAGNOSTICO: PACIENTE CON SOBREPESO.
INGRESO: EN CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO.
RECOMENDACIÓN Y OBSERVACIONES: USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA EL CARGO Y RIESGO, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, AUTOCUIDADO, ESTILO DE VIDA SALUDABLE (ALIMENTACIÓN SANA Y ACTIVIDAD FISICA REGULAR). 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 mí 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.

Jeincol Rojas Mahecha
1112470673

Dr. Óscar Ortiz Gómez
Médico y Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 756 2018/18/Mayo
RM: 10966
UNIVALLE - UNILIBRE

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

FIRMA DEL PACIENTE
JEINCOL ROJAS MAHECHA
C.C: 1.112.470.673