CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Fecha: jamundí Valle 24 JULIO de 2023

NOMBRE:	JURIANY PATRICIA PEREZ OBANDO	CC:	38.671.731
		PESO:	70.0 KG
EMPRESA:	ALCALDIA MUNICIPAL DE JAMUNDI	TALLA:	1.65M
		IMC:	18.7
CARGO:	CONTRATISTA	RH:	A+

FECHA DE NACIMIENTO: 08/03/1985 EDAD: 38 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 ylo paraclínico(s) ocupacional(es) registrados en este documento SALUD OCUPACIONAL JAMUNDI IPS LTDA., me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico ylo 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 ylo paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la entrevista 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 todas las preguntas han sido contestadas antes de mi firma y fue mi decisión participar en este examen ocupacional.

Oscar Ortiz Gomez
Medico y Cirujano
Universidad del Valle
R.M.N. 10859
Bogotá, D.C.

Medico examinador

ESPECIALISTA OCUPACIONAL
OSCAR ORTIZ GOMEZ
Licencia Ocupacional 414521-0059

Calle 8 N 10-36 B/ la esmeralda Jamundí – V
Teléfono: 2884190 - 3128563858 E-mail: sojamundips@gmail.com