

04032025



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



FECHA: JAMUNDI- VALLE 04 DE MARZO 2025

NOMBRE: JEINCOL ROJAS MAHECHA

C.C. 1.112.470.673

EMPRESA: GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA

PESO: 73.7 KG

CARGO: CONTRATISTA

ESTATURA: 1.62 CM

EPS: NUEVA EPS

IMC: 28.1

RH: O+

TELEFONO: 3008438700

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

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

TIPO DE EXAMEN:

☒ Ingreso Laboral

☐ Periódico Laboral

☐ Egreso Laboral

☒ 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 FÍSICA REGULAR). BAJAR DE PESO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a SALUD OCUPACIONAL 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

Dr. Oscar Ortiz Gómez
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución RM 756-2018/18 MAYO
UNIVALLE-UNILIBRE

Jeincol Rojas Mahecha

1112470673

FIRMA DEL PACIENTE
JEINCOL ROJAS MAHECHA

C.C: 1.112.470.673