01092025



# *CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL*

FECHA: JAMUNDI-VALLE 01 DE SEPTIEMBRE 2025

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 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.

Jeincol Rojas Mahecha
1112470673

Dr. Oscar 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

CALLE 8 # 10-36 B/la esmeralda Jamundi – V
Telefono: 2884190 – 3148071266 E-mail: sojamundiips@gmail.com