

11072026



sojamundiips@gmail.com

Calle 8 # 10 -36 Jamundí Valle

3148071266

Nit.900870951 6



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA: JAMUNDI – VALLE 11 DE JULIO 2026

NOMBRE: **DIANA PATRICIA ROJAS MOYANO**

C.C: **1.107.053.671**

PESO: **74 KG**

EMPRESA: **INDEPENDIENTE**

ESTATURA: **1.69 CM**

IMC: **25.9**

CARGO: **CONTRATISTA**

RH: **O+**

EPS: **SURA**

TELEFONO: **3043258274**

GÉNERO: **FEMENINO**

DIRECCIÓN: **KM 3 VIA CHIPAYA
CALLEJON PEON
PRADERAS DE VERDE
HORIZONTE- JAMUNDI**

FECHA DE NACIMIENTO: **25/07/1988** EDAD: **40 AÑOS**

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

TIPO DE EXAMEN:

(X) Emo de Ingreso Osteomuscular

() Periódico Laboral Osteomuscular

() Egreso Laboral

(X) Apto(a) para Desempeñar el Cargo

() Aplazado (a)

() No apto (a)

() Apto (a) con recomendaciones

TENSION ARTERIAL: 110/72 mm/Hg **DIAGNOSTICO:** PACIENTE CON SOBREPESO

OSTEOMUSCULAR: PACIENTE SIN PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR APARENTE.

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 Y VALORACIÓN EN EPS POR OPTOMETRIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **SALUD OCUPACIONA 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.

Dr. Oscar Ortiz Gomez
Medico y Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 756-2018/18/Mayo
RNM 10966

ESPECIALISTA OCUPACIONAL

OSCAR ORTIZ GOMEZ

Licencia Ocupacional 756-2018 del 18

MAYO Registro Medico 10966

FIRMA DEL PACIENTE

DIANA PATRICIA ROJAS

MOYANO C.C: 1.107.053.671