29072025

solamundiips@gmail.com
CALLE 8 N. 10-36 La esmeralda - Jamundí Valle
3148071266
NIt.900870951 6



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA : JAMUNDI – VALLE 29 DE JULIO 2025

NOMBRE:	JORGE ELIECER GARCIA BENITEZ	C.E:	16.504.881
		PESO:	90 KG
EMPRESA:	GOBERNACIÓN DEL VALLE DEL CAUCA	ESTATURA:	1.79 CM
	NIT: 890.399.029-5	IMC:	28.1
CARGO:	CONTRATISTA	RH:	O+
EPS:	COOSALUD	TELEFONO:	3104951564

FECHA DE NACIMIENTO: 15/12/1973 EDAD: 51 AÑOS

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

TIPO DE EXAMEN:

(X) Emo de Ingreso Laboral
( )Periódico Laboral
( ) Egreso Laboral

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

TENSION ARTERIAL: 125/80 mm/Hg DIAGNOSTICO: PACIENTE CON SOBREPESO Y PRESBICIA
OSTEOMUSCULAR: SIN PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR APARENTE
INGRESO: 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 USO DE FORMULA OPTICA OCASIONAL, CONTROL VISUAL ANUAL.

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 mi en este (los) 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
Licencia Ocupacional 756-2018 del 18 mayo
Registro Medico 10966

ESPECIALISTA OCUPACIONAL
OSCAR ORTIZ GOMEZ
Licencia Ocupacional 756-2018 del 18
mayo Registro Medico 10966

FIRMA DEL PACIENTE
JORGE ELIECER GARCIA
BENITEZ C.C: 16.504.881

Powered by CamScanner