19062024



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA: JAMUNDI- VALLE 19 DE JUNIO 2024

NOMBRE:	**ISABEL CRISTINA CADAVID PALAU**	CC:	**1.112.463.165**
		PESO:	**56.7 KG**
EMPRESA	**PERSONERÍA MUNICIPAL DE JAMUNDI**	ESTATURA:	**1.53 CM**
		IMC:	**24.2**
CARGO:	**ADMINISTRATIVO**	RH:	**O+**
EPS:	**S.O.S.**	TELEFONO:	**3218627655**

FECHA DE NACIMIENTO: **01/06/1987** EDAD: **37 AÑOS**

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

TIPO DE EXAMEN:

(X) Ingreso Laboral con Enfasis Osteomuscular
( )Periódico Laboral
( ) Egreso Laboral

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

TENSION ARTERIAL: 110/70 mm/Hg
DIAGNOSTICO: PACIENTE SANA
INGRESO: CONDICIONES DE SALUD QUE NO INFIEREN 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).

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 mí 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 Gómez
Médico y Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 756 - 2018/18/Mayo
RM: 10986
UNIVALLE - UNILIBRE

ESPECIALISTA OCUPACIONAL
OSCAR ORTIZ GOMEZ
Licencia Ocupacional 756-2018 del 18 MAYO

Isabel Cadavid Palau

Isabel C. Cadavid Palau
FIRMA DEL PACIENTE
ISABEL CRISTINA CADAVID PALAU
C.C: 1.112.463.465