03092025



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

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA : JAMUNDI - VALLE 03 DE SEPTIEMBRE 2025

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE: | **MARIBEL GUERRERO USSA** | C.C: | **1.112.464.807** |
| | | PESO: | **55.7 KG** |
| EMPRESA: | **PERSONERÍA MUNICIPAL DE JAMUNDI** | ESTATURA: | **1.58 CM** |
| | **NIT: 805.012.247-4** | IMC: | **22.3** |
| CARGO: | **CONTRATISTA** | RH: | **O+** |
| EPS: | **COMFENALCO** | TELEFONO: | **3103855345** |
| GÉNERO: | **FEMENINO** | DIRECCIÓN: | **LOS NARANJOS** |

FECHA DE NACIMIENTO: **21/06/1988** EDAD: **37 AÑOS**

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

**TIPO DE EXAMEN:**

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

**(X) Apto Para Desempeñar el cargo**
( ) Aplazado (a)
( ) No apto (a)
( ) Apto (a) con recomendaciones

**TENSION ARTERIAL:** 110/70 mm/Hg
**DIAGNOSTICO:** PACIENTE SANA
**INGRESO:** CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO.
**OSTEOMUSCULAR:** SIN PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR APARENTE.
**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 No. 756 - 2018/18/Mayo
RM. 10966
UNIVALLE UNILIBRE

Maribel Guerrero
1112464807

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

**FIRMA DEL PACIENTE**
**MARIBEL GUERRERO**
**USSA**
**C.C: 1.112.464.807**