CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



Fecha: jamundi Valle 22 DICIEMBRE de 2025

NOMBRE:	WILLIAM DAVID PEREZ OBANDO	CC:	1.112.472.344
		PESO:	51.8KG
EMPRESA:	GOBERNACION DEL VALLE	TALLA:	1.69M
		IMC:	18.1
CARGO:	CONTRATISTA	RH:	A+

FECHA DE NACIMIENTO: 29/03/1991 EDAD: 34 AÑOS

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

TIPO DE EXAMEN:

(X) Ingreso
( ) Periódico
( ) Egreso

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

*TENSION ARTERIA: **110/70***
Recomendación: SANO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **SALUD OCUPACIONAL JAMUNDI IPS LTDA.**, a realizar en mi, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrados en este documento. **SALUD OCUPACIONAL JAMUNDI IPS LTDA.**, 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 JAMUNDI IPS LTDA.**, para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en el(los) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a **SALUD OCUPACIONAL JAMUNDI IPS** 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 diligenciados antes de mi firma y que me entregaron en constancia de este consentimiento

Oscar Ortiz Gomez
Medico Cirujano
Universidad del Valle
R.M. No. 10966
Sup. Nros. 414521-0059

Medico examinador

ESPECIALISTA OCUPACIONAL
OSCAR ORTIZ GOMEZ
Licencia Ocupacional 414521-0059

Calle 8 N 10-36 B/ la esmeralda Jamundi - V
Teléfono: +57 3185140632 E-mail: sojamundiips@gmail.com