03082024



# *CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL*

FECHA: JAMUNDI, VALLE 03 DE AGOSTO 2024

NOMBRE: JULIAN CAMILO CARABALI RÀMOS
C.C: 76.009.159
PESO: 99.7 KG
ESTATURA: 1.68 CM
IMC: 35.3
RH: O+
TELEFONO: 3206173648

EMPRESA: PERSONERÍA MUNICIPAL DE JAMUNDI

CARGO: CONTRATISTA
EPS: NUEVA EPS

FECHA DE NACIMIENTO: 31/08/1983 EDAD: 40 AÑOS

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

TIPO DE EXAMEN:

(X) Ingreso Laboral
( )Periódico Laboral
( ) Egreso Laboral

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

TENSION ARTERIAL: 120/80 mm/Hg

INGRESO: CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO.

DIAGNOSTICO: PACIENTE CON OBESIDAD GRADO I

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 CON NUTRICIONISTA DX/ OBESIDAD GRADO I

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 (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. Óscar Ortiz Gómez
Médico y Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 756 - 2018 del 18 Mayo
Reg. 1035
UNIVALLE - UNICIEN

76009.159

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

FIRMA DEL PACIENTE
JULIAN CAMILO CARABALI RAMOS
C.C: 76.009.159



Scanned with CamScanner