28032025



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

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA : JAMUNDI – VALLE 28 DE MARZO 2025

NOMBRE:	**BRAYAN ANDRES MARIN HERMOSA**	C.C:	**1.112.471.646**
		PESO:	**69.7 KG**
EMPRESA:	**PERSONERÍA MUNICIPAL DE JAMUNDÍ**	ESTATURA:	**1.81 CM**
		IMC:	**21.3**
CARGO:	**CONTRATISTA**	RH:	**A+**
EPS:	**COOSALUD**	TELEFONO:	**3157975039**

FECHA DE NACIMIENTO: **06/12/1990** EDAD: **34 AÑOS**

Hacemos constar que, en la fecha, examinamos al aspirante suscrito, con el siguente 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: 110/72 mm/Hg

DIAGNOSTICO: PACIENTE CON MIOPIA Y ASTIGMATISMO

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). REQUIERE USO DE GAFAS OCASIONALES CON PROTECCIÓN - CONTROL VISUAL ANUAL.

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 Gomez
Medico y Cirujano
Salud Ocupacional
Licencia 756 2018/18/Mayo
RM 10946

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

1112471646

FIRMA DEL PACIENTE
BRAYAN ANDRES MARIN HERMOSA
C.C: 1.112.471.646