

07102023



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



Fecha: jamundi valle 07 DE OCTUBRE 2023

NOMBRE: ALBERT MAURICIO MORENO ROJAS CC: 14.478.126
EMPRESA: INDEPENDIENTE PESO: 107 KG
CARGO: CONDUCTOR TALLA: 1.85 CM
EPS: COMFENALCO IMC: 31.2
RH: B+
TELEFONO 3188965742

FECHA DE NACIMIENTO: 08/08/1985 EDAD: 37 AÑOS

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

TIPO DE EXAMEN:

- Ingreso Laboral con Enfasis Osteomuscular para Conducción Apto(a) sin restricción
 Periódico Aplazado (a)
 Egreso No apto (a)
 Apto (a) con recomendaciones

TENSION ARTERIAL: 130/75 DIAGNOSTICO: PACIENTE CON OBESIDAD

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

OPTOMETRÍA: VISION BINOCULAR QUE ALCANZA LOS VALORES ADECUADOS - NO REQUIERE USO DE GAFAS.

AUDIOMETRÍA: AUDICIÓN FUNCIONAL BILATERAL NORMAL. CONTROL AUDITIVO ANUAL.

RECOMENDACIÓN Y OBSERVACIONES: PAUSAS ACTIVAS/ HIGIENE CORPORAL/ALIMENTACIÓN SANA, EJERCICIO DIARIO - BAJAR DE PESO/ VALORACIÓN CON NUTRICIONISTA EN PRIMEROS DÍAS

PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA: PACIENTE APTO DESDE EL ÁREA PSICOLOGICA NO SE OBSERVA INCONVENIENTES EN LOS RAS-
GOS DE PERSONALIDAD NI DIFICULTAD CON RESPECTO A LA HABILIDADES MOTRICES.

GOS DE PERSONALIDAD NI DIFICULTAD CON RESPECTO A LA HABILIDADES MOTRICES, SEGUIR CON LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD IMPLEMENTADAS EN LA UNIDAD.

SEGUIR CON LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD IMPLEMENTADAS EN LA EMPRESA POR MOTIVO DE PANDEMIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **SALUD OCUPACIONAL S.A.S.** a realizar en mí el examen médico ya sea que lo requiera el procedimiento del examen médico ya sea que lo requiera el procedimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **SALUD OCUPACIONAL S.A.S.**, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es) registrados en este documento. **SALUD OCUPACIONAL S.A.S.**, me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he sentido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de muestras. Entiendo que la realización de estas muestras es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizaran 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.

ESPECIALISTA OCUPACIONAL

OSCAR ORTIZ GOMEZ

Licencia Ocupacional 756-2018 del 18
MAYO

FIRMA DEL PACIENTE

ALBERT MAURICIO

MORENO ROJAS
CC: 14.478.126