

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

TALLA: 1.85 CM

CARGO: CONDUCTOR

IMC: 31.2

EPS: COMFENALCO

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 Énfasis Osteomuscular para ☒ Apto(a) sin restricción
Conducción

☐ Periódico

☐ Aplazado (a)

☐ Egreso

☐ No apto (a)

☐ Apto (a) con recomendaciones

TENSION ARTERIAL: 130/75 DIAGNOSTICO: PACIENTE CON OBESIDAD I

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

OPTOMETRIA: VISIÓN BINOCULAR QUE ALCANZA LOS VALORES ADECUADOS - NO REQUIERE USO DE GAFAS.

AUDIOMETRIA: 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 EPS DXI OBESIDAD I

PRUEBA PSICOSENSOMÉTRICA: PACIENTE APTO DESDE EL ÁREA PSICOLÓGICA NO SE OBSERVA INCONVENIENTES EN LOS RASGOS DE PERSONALIDAD NI DIFICULTAD CON RESPECTO A LA HABILIDADES MOTRICES

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 y/o paradiagnóstico(s) ocupacional(es) registrados en este documento. SALUD OCUPACIONAL S.A.S., me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paradiagnóstico(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 paradiagnóstico(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 verdaderas. 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