GESTIÓN Y MANEJO EN SALUD S.A.S - GEMA
Nit. 901.003.563-7
Cel. 311 680 3353 Tel. 736 2277
Calle 13 Norte No 13 - 57 Barrio La Castellana
Armenia - Quindio - Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 130.337

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	01 MES	2025 AÑO	ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULAR / LA SUPER INTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

CARVAJAL SUAREZ LINA MARIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	51 AÑOS 3 MESES 12 DÍAS	CC Tipo	41929084 Número
Cargo: DIRECTORA DE TALENTO HUMANO	Fecha de Ingreso / Egreso		Grupo Sanguíneo: O +	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN CONDICIÓN QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD LABORAL PARA DESARROLLAR EL CARGO ASIGNADO.

Observaciones: *NO APLICA*

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	NORMAL	----------

RECOMENDACIONES HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES

RECOMENDACIONES PERSONALES

HÁBITOS SALUDABLES, USO DE EPP, HÁBITOS SALUDABLES, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, PUEDE INICIAR LABOR, SE RECOMIENDA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, DIETA BALANCEADA, HÁBITOS SALUDABLES, DEBE MANTENER HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA, CORRECTO USO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LABOR Y CON CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL; SE RECOMIENDA EL REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES LABORALES O SÍNTOMAS GENERALES A SU EMPRESA, MANTENER AUTOCUIDADO, REALIZAR EJERCICIO REGULAR, NO CONSUMO DE LICOR, CIGARRILLO O DROGAS ILÍCITAS, PROCURAR BUENA CONDICIÓN MENTAL Y FÍSICA PARA SU TRABAJO; CONTROL PERIÓDICO PREVENTIVO POR EPS Y CONTROL PERIÓDICO POR SALUD OCUPACIONAL EMPRESARIAL, CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL//

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: LEZAMA VELASQUEZ NESTOR MAURICIO		Nombre: CARVAJAL SUAREZ LINA MARIA
R. M.: RM 16678/11	L.S.O.: LIC SO: 63-01447/ 0592W1C130337	CC: 41929084

Scanned with CamScanner