



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 - Quindío - Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 109.352

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
07 DÍA	02 MES	2024 AÑO	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	
ARMENIA (QUINDIO, COLOMBIA)				
Ciudad				
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)				
GOMEZ CASTRO MILELLE JOHANNA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	40 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS
Cargo			Documento de Identificación	
AREA ADMINISTRATIVA			CC	1122654612
			Tipo	Número
			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				
CONTROL DE PESO, DIETA BALANCEADA, Hábitos Saludables, HACER DEPORTE				
RECOMENDACIONES MÉDICAS				
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				
RECOMENDACIONES PERSONALES				
HÁBITOS SALUDABLES, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, PUEDE INICIAR LABOR, CONTROL PESO, RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA, HABITOS SALUDABLES, DEBE MANTENER HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA, CORRECTO USO DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LABOR, CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE SEGURIDAD EMPRESARIAL; REPORTE OPORTUNO DE ACCIDENTES LABORALES O SINTOMAS GENERALES A SU EMPRESA. MANTENER AUTOCUIDADO, HABITOS SALUDABLES, EJERCICIO REGULAR, NO CONSUMO DE LICOR, CIGARRILLO O DROGAS ILICITAS, PROCURAR BUENA CONDICION MENTAL Y FISICA PARA SU TRABAJO; CONTROL PERIODICO PREVENTIVO POR EPS Y CONTROL PERIODICO 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.				