# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

**Dirreción:** CALLE 134 BIS NO. 18 - 43
**Teléfono:** (57 1) 3099174 - 3108737604
**Web:** www.labintox.com
**Email:** labintox@hotmail.com

**FECHA DE EXAMEN** 2025-11-07
**TIPO DE EXAMEN** PERIODICO

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | DIANA MARCELA GONZALEZ MEJIA | | Identificación CC | Nro | 1001097224 |
| **Fecha de Nacimiento** | 2001-02-14 | **Edad** | 24 | **Sexo** | F |
| **Empresa** | GESSI ALVERA SAS | | | | |
| **Cargo** | ANALISTA EMPRESARIAL Y PROFECIONAL DE PROYECTOS | | | | |
| | | **Fecha Ingreso** | 2025-11-07 07:29:28 | | |
| | | **Fecha Salida** | 2025-11-07 11:59:52 | | |

## EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA AUDITIVO
HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL
HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA

**CONCEPTO** PERIóDICO NORMAL — APTO PARA CONTINUAR EN LE CARGO

**RECOMENDACIONES** PAUSAS ACTIVAS, HáBITOS DE VIDA SANA, EJERCICIO AERóBICO 150 MINUTOS SEMANALES, ALIMENTACIóN HORAS ESTABLECIDAS BAJA EN CONDIMENTOS, EVITAR ACUCLILLARSE CON FRECUENCIA, CAPACITACIóN SEGúN PLAN DE TRABAJO DEL SGSST, CONTROL OCUPACIONAL PERIóDICO SEGúN LA PERIODICIDAD DEL PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.

**OBSERVACIONES** CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE ERGONOMíA Y SEGURIDAD. SE REALIZó EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, PUEDE SEGUIR EN EL CARGO SIN RESTRICCIóN ACTUAL, NO HAY CAMBIOS RELEVANTES CON EXAMEN MéDICO OCUPACIONAL ANTERIOR
PERIODICO NORMAL
APTO PARA CONTINUAR EN EL CARGO DE ANALISTA EMPRESARIAL Y PROFESIONAL DE PROYECTOS

**RECOMENDACIONES**

| | | |
|---|---|---|
| OTRAS: | SI | Pausas activas, hábitos de vida sana, ejercicio aeróbico 150 minutos semanales, alimentación horas establecidas baja en condimentos, evitar acuclillarse con frecuencia, capacitación según plan de trabajo del SGSST, control ocupacional periódico según la periodicidad del profesiograma de la empresa. |

**CONTROLES**
SE SUGIERE CONTROL EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado.
Certifico que las respuestas dadas por mi, en este examen y registrado en este documento están completas y son verídicas. Entendiendo que la realización de este proceso es voluntaria y libre de toda cohersion y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que se realizaran las pruebas. Fuí informado de las medidas que LABINTOX S.A.S tomará para proteger la confidencialidad de los resultados. Autorizo a LABINTOX S.A.S para que suministre, por cualquier medio físico o electrónico, la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso. Reitero con mi firma que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.

Dr. Juan Carlos Gómez D.
R.M. No. 79.471.633
Médico Especialista SST
Lic. SST. 11401-/ 2018

JUAN CARLOS GOMEZ DE LA ROSA
79471633

DIANA MARCELA GONZALEZ MEJIA
Documento: 1001097224

**Dirreción: CALLE 134 BIS NO. 18 - 43**
**Teléfono: (57 1) 3099174 - 3108737604**
**Web: www.labintox.com**
**Email: labintox@hotmail.com**

RM: RES. 11401 DE 01/10/2018
Firma y sello del médico evaluador

Firma del trabajador