

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>SEGUMEDIC</b><br>Comprometidos con Su Seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           | <b>CERTIFICADO MÉDICO</b> |                |                                                                                      |             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           | FECHA                     | 31/07/2019     | HORA                                                                                 | 8:16:00     |                                                                                    |
| <b>IDENTIFICACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| APELLIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           | NOMBRES                   |                | Nro. IDENTIFICACIÓN                                                                  |             | EDAD EN AÑOS                                                                       |
| DUARTE VASQUEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           | LISS MAYIBERTH            |                | 1036631306                                                                           |             | 28                                                                                 |
| GÉNERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FEMENINO                  | FECHA NACIMIENTO          | 05/08/1990     | LUGAR NACIMIENTO                                                                     | MEDELLIN    | ANTIOQUIA                                                                          |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Soltero(a)                | DIRECCION ACTUAL          | CR 53 # 70A-22 | BARRIO                                                                               | SANTA MARIA | ESTRATO                                                                            |
| MUNICIPIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ITAGUI                    | TELEFONO                  | NR             | CELULAR                                                                              | 3013291920  | ACOMPANANTE                                                                        |
| EMPRESA CONTRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           | PERSONERIA DE ITAGUI      |                | ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                  |             | OTRAS ACTIVIDADES                                                                  |
| EMPRESA USUARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           | NO APLICA                 |                | ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                  |             | NO APLICA                                                                          |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PROFESIONAL UNIVERSITARIA | FECHA INGRESO             | FEB 2016.      | TIEMPO EN EL CARGO                                                                   |             | 3 AÑOS                                                                             |
| EPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SURA                      | AFP                       | COLFONDOS      | ARL                                                                                  | SURA        | TIPO DE EXAMEN                                                                     |
| EXÁMENES, PARACLÍNICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL |                | Enfasis OSTEOMUSCULAR                                                                |             | Audiometría                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                           |                |                                                                                      |             | Visiometría                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| <b>CONCEPTO DE EXAMENES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| Optometría                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                           |                | Espirometría                                                                         |             |                                                                                    |
| Visiometría                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           | SIN RESTRICCIONES         |                | Val. Vestibular                                                                      |             |                                                                                    |
| Audiometría                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           | SIN RESTRICCIONES         |                | Osteomuscular                                                                        |             | SIN RESTRICCIONES                                                                  |
| Otros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| <b>CONCEPTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| TIPO DE EXAMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PERIODICO                 | SIN RESTRICCIONES         |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| <b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| INCLUIR EN PROGRAMA VISUAL Y DE NUTRICION SEGUN PVE DE LA EMPRESA. USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE. PROMOVER ESTILOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLES, CAPACITAR EN RIESGOS INHERENTES AL CARGO, BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL NECESARIOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACION Y CAPACITACION EN SU USO Y MANTENIMIENTO, INFORMACION Y FORMACION AL TRABAJADOR SOBRE RIESGOS Y SUS MEDIDAS PREVENTIVAS, CONTROL ANUAL POR SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| <b>RESTRICCIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| NINGUNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| TIPO DE RESTRICCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           | TEMPORAL                  |                | PERMANENTE                                                                           |             | NO APLICA                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                           |                |                                                                                      |             | X                                                                                  |
| <b>RECOMENDACIONES GENERALES (para manejo de enfermedades de origen común o general)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. VALORACION POR OPTOMETRIA Y NUTRICION EN SU EPS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |
| Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi hoja de vida. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias. En constancia a lo anterior firmo:                                                                                                                                                                                                                                |                           |                           |                |                                                                                      |             | <b>HORA SALIDA</b><br>9:12:00                                                      |
| <b>Dra. Eliana Iglesias G</b><br>Medico General<br>Especialista en Salud Ocupacional<br>R.M. 4690 / Lic. 6874<br>UNIMETRO / UNINORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                           |                |  |             |                                                                                    |
| FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                           |                | FIRMA DEL TRABAJADOR                                                                 |             |                                                                                    |
| PBX: (4) 6129734 – 6129737 – 3053098044<br>www.segumedic.com – www.facebook.com/segumedicips/ - espseguridadysalud@gmail.com<br>Carrera 49 # 49-35 Itagüí – Antioquia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                           |                |                                                                                      |             |                                                                                    |