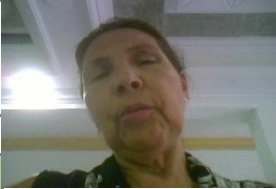
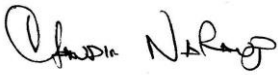


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                           |                  |                                                                                      |               |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>SEGUMEDIC</b><br>Comprometidos con Su Seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         | <b>CERTIFICADO MÉDICO</b> |                  |                                                                                      |               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         | FECHA                     | 29/07/2019       | HORA                                                                                 | 3:31:00 p. m. |                                                                                    |
| <b>IDENTIFICACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                           |                  |                                                                                      |               |                                                                                    |
| APELLIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         | NOMBRES                   |                  | Nro. IDENTIFICACIÓN                                                                  |               | EDAD EN AÑOS                                                                       |
| GOMEZ DAZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         | PIUSMENY                  |                  | 42751740                                                                             |               | 62                                                                                 |
| GÉNERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FEMENINO                | FECHA NACIMIENTO          | 23/12/1956       | LUGAR NACIMIENTO                                                                     | BUCARAMANGA   | SANTANDER                                                                          |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Viudo(a)                | DIRECCION ACTUAL          | CR 54 B # 63A-82 | BARRIO                                                                               | LA ALDEA      | ESTRATO                                                                            |
| MUNICIPIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ITAGUI                  | TELEFONO                  | NR               | CELULAR                                                                              | 3053026341    | ACOMPANANTE                                                                        |
| EMPRESA CONTRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         | PERSONERIA DE ITAGUI      |                  | ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                  |               | OTRAS ACTIVIDADES                                                                  |
| EMPRESA USUARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         | NO APLICA                 |                  | ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                  |               | NO APLICA                                                                          |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | AUXILIAR ADMINISTRATIVA | FECHA INGRESO             | 22/03/2000       | TIEMPO EN EL CARGO                                                                   | 19 AÑOS       |                                                                                    |
| EPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SURA                    | AFP                       | COLPENSIONES     | 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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |                           |                  |                                                                                      |               |                                                                                    |
| 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. CITA POR OPTOMETRIA EN SU EPS Y USO DE CORRECCION OPTICA SEGÚN INDICACION DEL OPTOMETRA. SE RECOMIENDA VALORACION POR ORTOPEDIA 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>4:40:00 p. m.                                                |
| <br><b>Dra. Claudia M. Naranjo G.</b><br>Médico Cirujano<br>especialista Salud Ocupacional<br>R.M. 661012/10 Lc. 10263/14                                                                                                                                                                                                                        |                         |                           |                  |  |               |                                                                                    |
| <b>FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |                           |                  | <b>FIRMA DEL TRABAJADOR</b>                                                          |               |                                                                                    |
| PBX: (4) 6129734 – 6129737 – 3053098044<br>www.segumedic.com – www.facebook.com/segumedicips/ - espseguridadysalud@gmail.com<br>Carrera 49 # 49-35 Itagüí – Antioquia                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                           |                  |                                                                                      |               |                                                                                    |