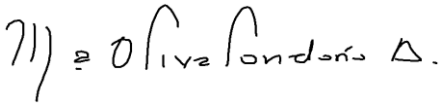


 SEGUMEDIC Comprometidos con Su Seguridad		CERTIFICADO MÉDICO				
		FECHA	25/07/2019	HORA	15:32:00	
IDENTIFICACIÓN						
APELLIDOS		NOMBRES		Nro. IDENTIFICACIÓN		EDAD EN AÑOS
LONDOÑO ALZATE		MARIA OLIVA		43763078		55
GÉNERO	FEMENINO	FECHA NACIMIENTO	23/05/1964	LUGAR NACIMIENTO	ITAGUI	ANTIOQUIA
ESCOLARIDAD	Profesional					
ESTADO CIVIL	Soltero(a)	DIRECCION ACTUAL	DG 49 # 32-20		BARRIO	SAN PIO
ESTRATO	3					
MUNICIPIO	ITAGUI	TELEFONO	NR	CELULAR	31162630077	ACOMPANANTE
EL PACIENTE ASISTE SOLO						
EMPRESA CONTRATANTE	PERSONERIA DE ITAGUI			ACTIVIDAD ECONÓMICA	OTRAS ACTIVIDADES	
EMPRESA USUARIA	NO APLICA			ACTIVIDAD ECONÓMICA	NO APLICA	
CARGO	PROFESIONAL UNIVERSITARIA	FECHA INGRESO	14/04/1998	TIEMPO EN EL CARGO	21 AÑOS	
EPS	SANITAS	AFP	COLPENSIONES	ARL	SURA	TIPO DE EXAMEN
PERIODICO						
EXÁMENES, PARACLÍNICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL		Enfasis OSTEOMUSCULAR		Audiometría	Visiometría
CONCEPTO DE EXAMENES Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS						
Optometría				Espirometría		
Visiometría	SIN RESTRICCIONES			Val. Vestibular		
Audiometría	SIN RESTRICCIONES			Osteomuscular	SIN RESTRICCIONES	
Otros						
CONCEPTO						
TIPO DE EXAMEN	PERIODICO	SIN RESTRICCIONES				
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES						
INCLUIR EN PROGRAMA OSTEOMUSCULAR SEGUN PVE DE LA EMPRESA. 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.						
RESTRICCIONES						
NINGUNA						
TIPO DE RESTRICCION		TEMPORAL		PERMANENTE		NO APLICA
						X
RECOMENDACIONES GENERALES (para manejo de enfermedades de origen común o general)						
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO DIARIO. REALIZAR RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE RODILLAS Y VALORACION POR MEDICINA GENERAL EN SU EPS. USO DE LENTES PARA VISION CERCANA.						
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:					HORA SALIDA	16:26:00
Dra. Eliana Iglesias G Medico General Especialista en Salud Ocupacional R.M. 4690 / Lic. 6874 UNIMETRO / UNINORTE						
FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL				FIRMA DEL TRABAJADOR		