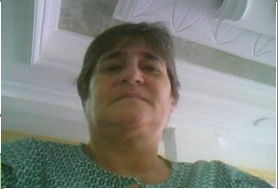


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                           |                |                                                                                     |                     |                                                                                    |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           | <b>CERTIFICADO MÉDICO</b> |                |                                                                                     |                     |  |                          |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           | 29/07/2019                |                | HORA                                                                                |                     | 9:52:00                                                                            |                          |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                           |                |                                                                                     |                     |                                                                                    |                          |
| APELLIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           | NOMBRES                   |                |                                                                                     | Nro. IDENTIFICACIÓN |                                                                                    | EDAD EN AÑOS             |
| MEJIA TORO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           | DIANA MARIA               |                |                                                                                     | 43079638            |                                                                                    | 54                       |
| GÉNERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FEMENINO                  | FECHA NACIMIENTO          | 09/12/1964     | LUGAR NACIMIENTO                                                                    | MEDELLÍN            | ANTIOQUIA                                                                          | ESCOLARIDAD<br>Tecnólogo |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Unión Libre               | DIRECCION ACTUAL          | CL 66 # 44B-21 |                                                                                     | BARRIO              | LA ESMERALDA                                                                       | ESTRATO<br>3             |
| MUNICIPIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ITAGUI                    | TELEFONO                  | NR             | CELULAR                                                                             | 3104128794          | ACOMPAÑANTE                                                                        | EL PACIENTE ASISTE SOLO  |
| EMPRESA CONTRATANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PERSONERIA DE ITAGUI      |                           |                | ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                 |                     | OTRAS ACTIVIDADES                                                                  |                          |
| EMPRESA USUARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NO APLICA                 |                           |                | ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                 |                     | NO APLICA                                                                          |                          |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | AUXILIAR ADMINISTRATIVO   |                           | FECHA INGRESO  | 28/12/1999                                                                          | TIEMPO EN EL CARGO  | 20 AÑOS                                                                            |                          |
| EPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SURA                      | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                           |                |                                                                                     |                     |                                                                                    |                          |
| <p>INCLUIR EN PROGRAMA OSTEOMUSCULAR, VISUAL Y DE NUTRICION SEGUN PVE DE LA EMPRESA. USO DE LENTES PARA VISION CERCANA. ADOPTAR UNA ADECUADA MECÁNICA CORPORAL Y BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL MANTENIENDO LAS ARTICULACIONES DENTRO DE LOS ANGULOS DE CONFORT, EVITAR POSICIONES FORZADAS DE LAS MANOS DURANTE LARGOS PERIODOS DE TIEMPO, EVITAR LAS ACTIVIDADES QUE REQUIERAN AGARRES FUERTES Y PROLONGADOS CON AMBAS MANO, EVITAR LAS ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN VIBRACION DE EXTREMIDADES SUPERIORES, PARA EL USO DE HERRAMIENTAS DE OFICINA COMO PERFORADORAS O COSEDORAS, SE RECOMIENDA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES SOBRE UNA SUPERFICIE ESTABLE CON APOYO DEL CUERPO, EVITANDO REALIZAR LAS ACTIVIDADES SUSPENDIDAS EN EL AIRE, EVITAR LA EXPOSICIÓN A TEMPERATURAS EXTREMAS (FRÍO/CALOR). 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.</p> |                           |                           |                |                                                                                     |                     |                                                                                    |                          |
| 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. VALORACION POR NUTRICION EN SU EPS. VALORACION POR MEDICINA GENERAL 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                           |                |                                                                                     |                     | HORA SALIDA                                                                        | 10:36:00                 |
| Dra. Eliana Iglesias G<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 Itagüi – Antioquia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                           |                |                                                                                     |                     |                                                                                    |                          |