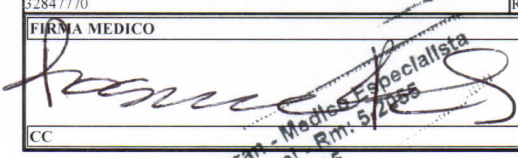
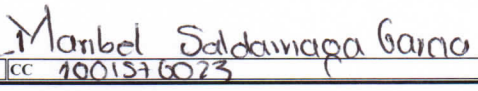


comfama		CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL NRO. 2009336991	
1. Tipo de Examen PREEMPLEO		2. Fecha del Examen (MM-DD-AAAA) 1/12/2017 Medellín - Antioquia	
Información General			
Nombre Completo MARIBEL (**)		Apellidos Completos SALDARRIAGA GARCIA	
Tipo Identificación CEDULA DE CIUDADANIA		Nro 1001576023 De Caldas	
Fecha y Lugar de Nac. 17/11/1993 Ciudad Concordia Dpto Antioquia		Edad Cumplida 23 Años	Sexo FEMENINO
Estado Civil SOLTERO (a)		Nro Hijos 0	Escolaridad SECUNDARIA
Lugar de Residencia CALLE 137 A SUR N 50 A 32		Teléfono 3004270	
Datos de la Empresa			
Nit	Razón Social	Actividad Económica	Empresa en Misión
----	PARTICULAR	OTRAS CLASIFICACIONES	NO
Aseguradoras			
EPS	IPS	ARP	AFP
SURA	SURA	ARL SURA	PROTECCION
Información Laboral			
Cargo Aspirado OTROS CARGOS ADMON PARTICULAR		Oficio Actual/aspirado FUNCIONES ADMINISTRATIVAS	Tipo Vinculación INDEFINIDO
Conclusiones			
Tipo	Conclusión	Observaciones	
CONCLUSION MEDICA OCUPACIONAL	CUMPLE EL PERFIL PARA EL CARGO	SE REALIZO TAMIZAJE VISUAL Y EVALUACION OSTEOMUSCULAR	
CONCLUSION MEDICA OCUPACIONAL	CUMPLE CON EL PERFIL (SIN HALLAZGOS AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR DE ACUERDO A LAS PRUEBAS GATISO Y OTRAS PRUEBAS OSTEOMUSCULARES)		
PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	PROGRAMA DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL FACTOR DE RIESGO CARGA FÍSICA- ERGONOMÍA		
PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	PROGRAMA DE PROMOCION, PREVENCIÓN CONSERVACION VISUAL.		
PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	PROGRAMA DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL.		
PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	PROGRAMA DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL FACTOR DE RIESGO FISICO ENFOCANDO AL AUTOCUIDADO		
RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES	REALIZAR EJERCICIO 3 VECES A LA SEMANA		
RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES	EVALUACION POR OPTOMETRIA PERIODICAMENTE		
RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS		
RESTRICCIONES	NO TIENE RESTRICCIONES PARA LABORAR		
" El examinado manifiesta que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada en este documento es cierta, así mismo manifiesta que los síntomas y hallazgos encontrados corresponden al examen que le ha sido practicado y se compromete a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico ocupacional, los representantes del Empleador y las Autoridades de Salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de su estado de salud."			
DATOS DEL MEDICO			
CÉDULA	NOMBRE	REGISTRO	
32847770	ROSANA PATRICIA PEÑA SULBARAN	07405	
FIRMA MEDICO	FIRMA TRABAJADOR		
			
CC	CC 1001576023		

Rosana Peña Sulbarán - Médico Especialista
Salud Ocupacional - Rm: 572855
Lic SO 07405