

| REVISIONES Y ACTUALIZACIONES | | | | | | |
|------------------------------|----------|------------|---------|--|---|---|
| TIPO | | FECHA | VERSION | DESCRIPCIÓN | ELABORADO POR | APROBÓ |
| ACTUALIZACION | REVISION | | | | | |
| X | | 27/03/2013 | 02 | Se agrega cuadro de revisiones y actualizaciones, se cambia el formato de la fecha de vigencia | John William Lopez Gestor Sistemas de Información | Jhony Leandro Valencia Director Gestión Estratégica |
| X | | 29/03/2014 | 3 | Se cambia estructura del encabezado, se quita pie de pagina | John William Lopez Gestor Sistemas de Información | Martha Calderón Gestora del Riesgo |

Fecha: _____

Señores _____

Dirección _____

Teléfono _____

Ciudad: _____

Tipo de
Examen
Ocupacional

DE INGRESO



PERIÓDICO



DE RETIRO



OTRO(especificar)

DATOS DEL TRABAJADOR QUE REQUIERE EXAMEN:

Nombre del Trabajador:

N° identificación:

Cargo a ocupar:

Actividades Básicas del
Cargo:

Operación forestal

Principales Factores de
Riesgo Ocupacionales:

Elementos de Protección
Personal Entregados:

AFP:

ARP:

SURA

EPS:

Observaciones: _____

EXÁMENES A REALIZAR:

| Examen a realizar | si | no | Examen a realizar | si | no |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------------------------|-----------|-----------|
| Examen médico ocupacional | | | BK seriado | | |
| Audiometría ocupacional | | | Parcial de orina | | |
| Espirometría ocupacional | | | Hemograma | | |
| Visionometrías ocupacionales | | | Otros (especificar): | | |
| Examen optométrico | | | • | | |
| Hemoclasificación | | | • | | |
| Serología | | | | | |
| KOH uñas | | | | | |
| Frotis faríngeo | | | | | |

NOMBRE _____

FIRMA _____

Nombre y Firma Autorizadas