

Información general

Tipo de examen	PERIODICO	Fecha examen (DD-MM-AAAA)	11-10-2019	Próximo examen	11-10-2020
Nombre completo	SARA CATALINA	Apellido completo	RAMIREZ AGUDELO		
Tipo identificación	CEDULA DE CIUDADANIA	Número documento	21527275		
Fecha y lugar nac.	11/10/1985, Itagüí	Edad cumplida	34	Género	FEMENINO
Estado civil	SOLTERO (a)	Nro. hijos	0	Escolaridad	UNIVERSITARIO
Lugar residencia	DIAG 33A# 34E SUR -06	Zona	Urbana	Teléfono	3006568750
Área / Unidad / Sitio trabajo	GESTIÓN DE SERVICIOS	Tiempo en empresa	30	Rango salarial	No aplica

Datos de la empresa

Nit	Razón social	Actividad Económica	Empresa en misión
890906347	HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL	OTRAS CLASIFICACIONES	.

Aseguradoras

EPS	IPS	ARP	AFP
SURA	COMFAMA ENVIGADO	ARL SURA	COLPENSIONES

Información laboral

Cargo Actual / Aspirado	Oficio Actual / Aspirado	Tipo Vinculación
OTROS CARGOS ADMINISTRATIVOS	AUXILIAR	DEFINIDO

Conclusiones

Tipo Conclusión	Conclusiones	OBSERVACIONES
PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	PROGRAMA DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL.	.
REMISIONES	OTRA REMISION	OTORRINO.
PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	PROGRAMA DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL FACTOR DE RIESGO CARGA FÍSICA-ERGONOMÍA	.
RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES	REALICE CAMBIOS DE POSTURA PERMANENTE	.
RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES	UTILIZAR LOS EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL, DE ACUERDO A LA LABOR A DESEMPEÑAR	.
RESTRICCIONES	NO TIENE RESTRICCIONES PARA LABORAR	.
REMISIONES	PROGRAMA PESO SALUDABLE	.
CONCLUSION MEDICA OCUPACIONAL	CUMPLE CON EL PERFIL	.
RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	.

"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 médico

Cédula	Nombre	Registro
32942054	DIANA ELENA TORRES BRIEVA	131152605

Firma médico

Firma trabajador



Dra. Diana E. Torres B.
Médica Esp. Salud Ocupacional
RM. 131152605
Lic. SO # 026056

CC

CC