

	FORMATO		CODIGO: SIG-EI-FR-107 DEPARTAMENTO: SSTAS VERSION: 1.0
	SEGUIMIENTO A CASO DE SALUD		
NOMBRE DEL FUNCIONARIO: _____ C.C.: _____ CARGO: _____ JEFE INMEDIATO: _____ DEPARTAMENTO: _____ DIVISIÓN: _____ FRENTE DE TRABAJO: _____			
RECOMENDACIONES MÉDICAS (RML)			
RECOMENDACIONES MÉDICAS SI _____ NO _____ NA _____ EMITIDAS POR: _____ TEMPORALES _____ PERMANENTES _____ FECHA INICIAL: _____ FECHA FINAL: _____			
FUENTE DE LAS RECOMENDACIONES			
EPS _____ CUAL? _____ IPS _____ CUAL? _____ ARL _____ CUAL? _____ OTRO _____ CUÁL? _____ N-A _____			
PROGRAMA DE SALUD LABORAL			
PVE - DME _____ PVE- MATERIAL PARTICULADO _____ PVE- HIPOACUSIA _____ PROGRAMA P&P _____			
FECHA	OBSERVACIONES	COMPROMISO DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL TRABAJADOR
RESPONSABLE SGSST:		RESPONSABLE RECURSOS HUMANOS:	
CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:	
JEFE INMEDIATO		TRABAJADOR:	
CARGO:		CARGO:	
FIRMA:		FIRMA:	