REVISAVIAE LTDA
D. G. S. S. T

REVISAVIAE LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764006152646 que habilita desde FE 1 hasta FE 1000000. Vence 2021-10-23 IVA Régimen Común No somos Agentes de

FECHA ▼			Tipo de examen ►	Ingreso
Día	Mes	Año	Ciudad ▼	Departamento ▼
14	02	2023	Bogota, d.c.	Santa Fe de Bogotá D.C.

1er Apellido ▼	2do Apellido ▼	1er Nombre ▼	2do Nombre ▼
VARGAS	CARO	JINETH	TATIANA



Tipo D.I. ▼	No. Documento ▼	Expedido en ▼	Genero ▼	Edad ▼
CC	1020773952	2010-08-30	F	30 Años

Profesión ▼	Nombre de Cargo ▼	Empresa ▼	N.I.T. ▼
GESTORA SOCIAL	GESTORA SOCIAL	FUNDACION FORO CIVICO	830.044.030-1

INFORMACIÓN DEL CONCEPTO LABORAL ▼

Apto Para Manipulación De Alimentos	Apto Con Restricciones

RECOMENDACIONES PARTICULARES: Cumplir con las normas de bioseguridad - Continuar con le uso de la corrección visual permanente, control anual por optometria - Realizar pausas activas durante la jornada laboral cada 2 horas por 3 minutos - Realizar ejercicios de estiramiento y calentamiento de espalda y piernas para fortalecimiento muscular - Uso de los elementos de protección personal - se envia medicamento antimicrobiano a correo para ingerir por parte del paciente --- Apto para el cargo con las siguientes restricciones: 1. Levantar, halar, empujar peso hasta 14 kg, por antecedente osteomuscular en columna, se recomienda continuar con los controles médicos por EPS - Apto para manipulación de alimentos

APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO ▼

Al examen médico presenta alteraciones, pero no es limitante para desempeñarse en su labor

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ▼

Osteomuscular	KOH en uñas	Frotis faringeo	Coprologico
Hemoclasificación			

RECOMENDACIONES ▼

Pausas Saludables Mmii	Actividad Física Mayor 30´	Control Optometria (ocup)	Pausas Saludables Mmss
Uso Epp			

El presente concepto de aptitud laboral se expide según el profesiograma o perfil del cargo conocido por la IPS ►	SI		NO	X
Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiologica ►	SI		NO	X
Tipo de programa de vigilancia Epidemiológica a incluir ▼				

Recomendaciones generales▼

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SALUDABLES POR 10 MINUTOS C/2 HORAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGOS DE EXPOSCION, CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, PLAN DE EMERGENCIAS Y RIESGO ERGONOMICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ▼

Autorizo expresamente a el (la) Doctor(a) mencionado(a) en el presente documento, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el examen. Fui informado(a) sobre la confidencialidad de la información personal por mi suministrada los resultados paraclínicos. Autorizo a la unidad médica a suministrar la información aquí registrada a las entidades contempladas en la legislación vigente para dar cumplimiento del programa de Seguridad y salud en el trabajo y todo lo que se derive de la legislación colombiana. Los derechos que me asisten como titular de la información son los contemplados por la ley, entre ellos el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que de mí se tiene en bases públicas o privadas, tales derechos podrían ejercerse mediante comunicación escrita al correo Revisaviae@yahoo.es o comunicación escrita en nuestras oficinas,Finalmente, manifiesto que estoy en capacidad de expresar mi consentimiento. Así mismo, declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), entendiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud. De igual forma, afirmo que he recibo y entendido las recomendaciones y concepto laboral del presente documento, en especial aceptando que este examen no es válido para licencia de conducción automotriz, ni buceo, ni porte ni tenencia de armas.

FIRMAS ▼

Médico Ocupacional ▼	Aspirante a trabajador ▼
DR. FERNANDO ORTIZ CERON MEDICO ESPECIALISTA SG-SST R.M. NAL. 3005-90 RES. 7240 C.C. 19.396.762 Dr. (a) FERNANDO ORTIZ CERON RM Nal 3005-90 Especialista Salud Ocupacional Licencia S.O. 7240 REVISAVIAE LTDA SALUD OCUPACIONAL L REGISTRO MEDICO	Nombre: JINETH TATIANA VARGAS CARO C.C. 1020773952

La presente certificacion se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial, y amparada con base al consentimiento informado y con destino a la hoja de vida del trabajador.

REVISAVIAE LTDA
D. G. S. S. T

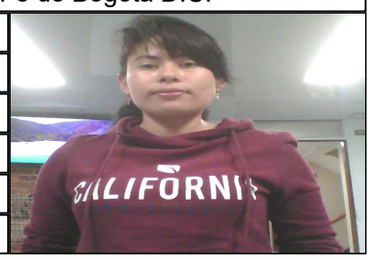
REVISAVIAE LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764006152646 que habilita desde FE 1 hasta FE 1000000. Vence 2021-10-23 IVA Régimen Común No somos Agentes de Retención de IVA No somos Grandes Contribuyentes Actividad Económica ICA 8621 9.66 X 1000

FECHA ▼			Tipo de examen ►	Ingreso
Día	Mes	Año	Ciudad ▼	Departamento ▼
14	02	2023	Bogota, d.c.	Santa Fe de Bogotá D.C.

1er Apellido ▼	2do Apellido ▼	1er Nombre ▼	2do Nombre ▼
QUEVEDO	BOLIVAR	PAULA	ALEXANDRA



Tipo D.I. ▼	No. Documento ▼	Expedido en ▼	Genero ▼	Edad ▼
CC	1014259734	2012-11-08	F	28 Años

Profesión ▼	Nombre de Cargo ▼	Empresa ▼	N.I.T. ▼
GESTORA SOCIAL	GESTORA SOCIAL	FUNDACION FORO CIVICO	830.044.030-1

INFORMACIÓN DEL CONCEPTO LABORAL ▼

Apto Para Manipulación De Alimentos	Apto Con Recomendaciones

RECOMENDACIONES PARTICULARES: usar elementos de proteccion personal -- realizar pausas activas cada 2 horas durante 3 - 5 minutos de movilidad articular y estiramiento musculotendinoso generalizado -- se indica solicitar cita por optometria para valoracion uso de lentes correctivos y continuar controles anuales --- apta para cargo con recomendaciones estipuladas -- apta para manipulacion de alimentos

APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO ▼

Al examen médico presenta alteraciones, pero no es limitante para desempeñarse en su labor

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ▼

Osteomuscular	KOH en uñas	Frotis faringeo	Coprologico
Hemoclasificación			

RECOMENDACIONES ▼

Pausas Saludables Mmii	Actividad Física Mayor 30´	Control Optometria (ocup)	Pausas Saludables Mmss
Uso Epp			

El presente concepto de aptitud laboral se expide según el profesiograma o perfil del cargo conocido por la IPS ►	SI		NO	X
Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiologica ►	SI		NO	X
Tipo de programa de vigilancia Epidemiológica a incluir ▼				

Recomendaciones generales▼

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS SALUDABLES POR 10 MINUTOS C/2 HORAS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A SU LABOR Y RIESGOS DE EXPOSCION, CAPACITACION SOBRE TRABAJO SEGURO, PLAN DE EMERGENCIAS Y RIESGO ERGONOMICO, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MINUTOS, CULTURA DE ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ▼

Autorizo expresamente a el (la) Doctor(a) mencionado(a) en el presente documento, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizará el examen. Fui informado(a) sobre la confidencialidad de la información personal por mi suministrada los resultados paraclínicos. Autorizo a la unidad médica a suministrar la información aquí registrada a las entidades contempladas en la legislación vigente para dar cumplimiento del programa de Seguridad y salud en el trabajo y todo lo que se derive de la legislación colombiana. Los derechos que me asisten como titular de la información son los contemplados por la ley, entre ellos el derecho a conocer, actualizar y rectificar la información que de mí se tiene en bases públicas o privadas, tales derechos podrían ejercerse mediante comunicación escrita al correo Revisaviae@yahoo.es o comunicación escrita en nuestras oficinas,Finalmente, manifiesto que estoy en capacidad de expresar mi consentimiento. Así mismo, declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), entendiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido información sobre mi estado de salud. De igual forma, afirmo que he recibo y entendido las recomendaciones y concepto laboral del presente documento, en especial aceptando que este examen no es válido para licencia de conducción automotriz, ni buceo, ni porte ni tenencia de armas.

FIRMAS ▼

Médico Ocupacional ▼	Aspirante a trabajador ▼
Dr. (a) SANTIAGO ORTIZ HOYOS RM 1136883709 Especialista Salud Ocupacional Licencia S.O. 25-0843 REVISAVIAE LTDA SALUD OCUPACIONAL 7240L REGISTRO MEDICO	Nombre: PAULA ALEXANDRA QUEVEDO BOLIVAR C.C. 1014259734

La presente certificacion se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial, y amparada con base al consentimiento informado y con destino a la hoja de vida del trabajador.