D. G. S. S. T

REVISAVIAE LIMITADA

CONCEPTO LABORAL

Resolución 10633 08-10-2012.

Licencia prestación de servicios S.O. a nivel nacional.

FECHA ▼			Tipo de examen ▶	INGRESO: _X_ PERIODICO: __ EGRESO: __ POST INCAPACIDAD: __ REUBICACIÓN__ REINTEGRO__			
Día	Mes	Año	Ciudad ▼		Departamento ▼		
09	10	2018	BOGOTA		CUNDINAMARCA		
1er Apellido ▼		2do Apellido ▼		1er Nombre ▼		2do Nombre ▼	
OSPINA		MALAVER		WILLIAM		FRANCISCO	
Tipo D.I. ▼	No. Documento ▼		Expedido en ▼		Genero ▼	Edad ▼	
C.C.	1.007.099.917		BOGOTA		M_X_ F__	26	
Nombre del cargo ▼			Empresa ▼		N.I.T. ▼		
INSTRUCTOR			SENA				



INFORMACIÓN DEL CONCEPTO LABORAL ▼

Apto para el cargo	X	Apto para Manipulación de Alimentos		Periodico No Satisfactorio	
Apto con Recomendaciones		Apto para Trabajo en Espacio Confinado		Egreso satisfactorio	
Apto con Restricciones		Apto para trabajo en campo de Hidrocarb.		Egreso no Satisfactorio	
Apto para trabajo en Alturas		Periódico Satisfactorio		Aplazado	

RECOMENDACIONES PARTICULARES: Paciente SANO al momento de ser realizado el examen, evitar el uso de audifonos tipo earpods, higigne auditiva de forma periodica y reposo auditivo extralaboral.

APTITUD OCUPACIONAL DE INGRESO: ▼

Examen Ocupacional sin alteración aparente al momento del examen_X_
Al examen médico presenta enfermedad(es), pero no es limitante para desempeñarse en su labor __
Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratadas antes del ingreso__

APTITUD OCUPACIONAL PERIODICO: ▼

Examen médico Satisfactorio, puede seguir desempeñando sus labores__
Al examen médico presenta enfermedad(es), pero no es limitante para seguir desempeñandose en sus labores__
Al examen médico presenta enfermedad que requiere remisión a EPS__ ARL__

APTITUD OCUPACIONAL DE RETIRO: ▼

Al examen médico no se encuentran alteraciones ni patologias que limiten su capacidad laboral__
Al examen médico se encuentran alteraciones pero no es limitante para desempeñarse en su nueva labor__
Al examen médico presenta enfermedad(es) que requieren remision a EPS__ ARL__

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS ▼

Osteomuscular	X	Optometria	X	RX Columna		Sustancias Psicoactivas		Perfil Lipidico	
Respiratorio	X	Visiometria	X	RX Torax		Test espacios confinados		Glicemia	
Espirometria		Vision profundidad		Vertigo		Pruebas psicometricas		Coprologico	
Cardiovascular	X	Colorimetria		Glicemia Pre		Pruebas ergonomicas		KOH Uñas	
Audiometria	X	Electrocardiograma		Alcohol en aliento		Cuadro Hematico	X	Frotis Faringeo	

RECOMENDACIONES ▼

Control Medico (Ocup)	X	Control Nutricion y Dietética	X	Pausas Saludables MMII	X	Actividad Física mayor 30´	X
Control Optometria (Ocup)	X	Dieta baja en Carbohidratos	X	Pausas Saludables Vocales		Capacitacion Trabajo Seguro	
Control Audiometria (Ocup)		Dieta Baja en Grasas y Sal	X	Pausas Saludables Visuales		Plan de Emergencia	
Control por Neurologia		Pausas Saludables MMSS	X	Uso EPP		Otros:	

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 ▼

Visual		Auditivo		Respiratorio		Cardiovascular		Nutriciòn		Ostemuscular		Manejo de Voz		Psicolaboral	

Recomendaciones generales para la empresa - trabajador ▼

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 . ÉXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS, NO BUCEO , NO PORTE NI TENENCIA DE ARMAS.

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. 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	william Ospina Malave Firma examinado Nombre: William Francisco Ospina Malave Documento de Identidad: 1007099917

Laboratorio clínico
Dr. Claudia Bibiana Correa

NOMBRE. : WILLIAM FRANCISCO OSPINA

DOC. DE IDENTIDAD: 1.007.099.917 **FECHA: 09/10/2018**

HEMOGRAMA

HEMATOCRITO : 51 %

HEMOGLOBINA: 17 Gr/dl

LEUCOCITOS . 6.100 X mm

DIFERENCIAL:

NEUTROFILOS: 60 %

LINFOCITOS : 40%

Dra. Claudia Bibiana Correa M.
BACTERIOLOGA – UNIANDES
R. M. S. P. 10720 DE 1.992
Cra. 11 No. 61-19 Ofic. 301
Tels: 457 5054 – 311 590 6284

DR. FERNANDO ORTIZ CERON
MEDICO ESPECIALISTA SG-SST
RM. NAL. 3005-90 RES. 7240
C.C. 19.396.792