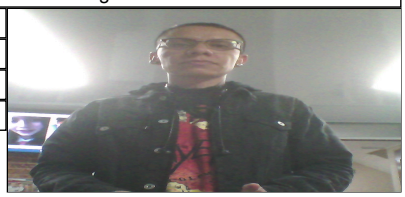
REVISAVIAE LIMITADA CONCEPTO LABORAL

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 ▼
23	04	2024	Bogota, d.c.	Santa Fe de Bogotá D.C.

1er Apellido ▼	2do Apellido ▼	1er Nombre ▼	2do Nombre ▼
VALDIVIESO	GOMEZ	EDWIN	ANDRES



Tipo D.I. ▼	No. Documento ▼	Expedido en ▼	Genero ▼	Edad ▼
CC	1016029546	2008-10-03	M	33 Años.

Profesión ▼	Nombre de Cargo ▼	Empresa ▼	N.I.T. ▼
ADMINISTRADOR EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	PROFESIONAL HSEQ	A&C DESARROLLO ESTRATEGICO SAS	901114690-0

INFORMACIÓN DEL CONCEPTO LABORAL ▼

Apto Para Manipulación De Alimentos	Apto Con Recomendaciones

RECOMENDACIONES PARTICULARES: Paciente sin alteración osteomuscular, se dan recomendaciones de - Uso de medias de compresión graduada anti varice durante jornada laboral (tipo media pantalón o hasta la rodilla, de mediana compresión). - Realizar ejercicios cardiovasculares periódico, ejercicios de estiramiento y calentamiento de piernas. - Continuar uso de gafas de corrección visual en el trabajo y de manera permanente, con antirreflejo y filtro UV para uso de computador. - Realizar pausas visuales cada 2 horas, 5 segundos vista de punto lejano y punto cercano. - Control anual en EPS con optometría. - Usar elementos de protección personal según profesiograma de la empresa. - Realizar pausas activas cada 2 horas durante 3 - 5 minutos de movilidad articular y estiramiento musculo tendinoso generalizado. - Control médico ocupacional y/o exámenes complementarios según profesiograma de la empresa.- Apto para cargo con recomendaciones. - 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	Respiratorio	Cardiovascular	Visiometria
Coprologico	KOH en uñas	Frotis faringeo	Cuadro Hematico

RECOMENDACIONES ▼

Control Medico (ocup)	Pausas Saludables Mmii	Actividad Física Mayor 30´	Control Optometria (ocup)
Pausas Saludables Visuales	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 ▼
Dra. Mª Alejandra Salazar RM 1026574556 LSO: 3585 REVISAVIAE LTDA SALUD OCUPACIONAL LSO 3585 de 05/06/2023L REGISTRO MEDICO	Nombre: EDWIN ANDRES VALDIVIESO GOMEZ C.C. 1016029546

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.