REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

**Nit: 900.868.701-5**
**SEDE NORTE:** Cll. 85 A No 22-32
**SEDE SUR:** Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos: 7 020903 - 3 001465 - 7 435740
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 140.303**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 28 DÍA | 09 MES | 2022 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| CONSTRUCTORA CAMACON SAS | CONSTRUCTORA CAMACON SAS |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CARREÑO VALDERRAMA ROCIO CATALINA | FEMENINO | 24 AÑOS 1 MESES 27 DÍAS | CC (Tipo) | 1072669956 (Número) |

Cargo
**PROFESIONAL SST**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA DESEMPEÑAR LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.**

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO*

| | |
|---|---|
| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

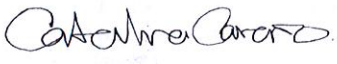
| | | | |
|---|---|---|---|
| OPTOMETRIA OCUPACIONAL | ✓ | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ |
| AUDIOMETRIA OCUPACIONAL | ✓ | PAQUETE ADMINISTRATIVO ( EXAMEN MEDICO-OPTOMETRIA-AUDIOMETRIA) | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES | PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES |
| CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL | MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA | CONTROL DE PESO |
| REALIZAR AUDIOMETRÍA CADA AÑO | CAPACITACIÓN | HACER DEPORTE |
| | USO DE EPP | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

* VACUNACION PARA COVID 19 : 3 DOSIS
CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ DE PELIGROS,MANTENER ERGONOMIA DE COLUMNA,PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES,REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OCUPACIONALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA.,USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA ACTIVIDAD, ACTUALMENTE SIN COMORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 NI TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS QUE LE IMPIDAN LABORAR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EMITIDAS EN CIRCULAR EXTERNA 0030 DE 2020 DE FECHA 8 DE MAYO 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FRENTE A LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Médico | | | Aspirante o Trabajador |
|---|---|---|---|
| Firma: |   | | Firma:  |
| Nombre: GARCIA BARBOSA ANDREA | | Código de Seguridad | Nombre: CARREÑO VALDERRAMA ROCIO CATALINA |
| R. M.: 1024546768 | L.S.O.: 9225 DE 21/06/202 | S652Y1E140303 | CC: 1072669956 |