



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



N° 35.666

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
19	02	2021	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CORRALES VILLAREAL RUBIS				Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	24 AÑOS 9 MESES 8 DÍAS	CC	1030666016
Código						Tipo	Número
AUXILIAR DE ENFERMERIA							
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 EVALUARON 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:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
		MANTENER ERGONOMIA DE COLUMNA		PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES			
		CAPACITACIÓN		DIETA ESTRUCTA BAJA EN GRASAS Y HARINAS			
		USO DE EPP		REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA			
				REDUCIR INGESTA DE GRASAS SATURADAS			
				BAJAR DE PESO			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ DE PELIGROS, MANTENER ERGONOMIA DE COLUMNA, PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OCUPACIONALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA ACTIVIDAD, ACTUALMENTE SIN PATOLOGÍAS CRÓNICAS 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma: rubis curales			
Nombre: MURILLO LARA ANGELICA				Nombre: CORRALES VILLAREAL RUBIS			
R. M.: 1018446493				CC: 1030666016			
L.S.O.: 3422/20				Código de Seguridad D652J1P35666			