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° 65.885

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	**09** MES	**2021** 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

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
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)

FLORIAN ESCANDON JULIETH IVONEE MARIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	31 AÑOS 4 MESES 8 DÍAS	CC	1015417590
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PSICOLOGA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- SE SUGIERE CONTINUAR CON VALORACION Y MANEJO INTEGRAL EPS, PATOLOGIA DE BASE , EN EL MOMENTO CONDICION NO LIMITA CARGO O LABOR
EXAMEN MEDICO PRE- OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO
-SE SUGIERE CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN PANORAMA DE RIESGOS Y PROFESIOGRAMA ,MANTENER ERGONOMIA DE COLUMNA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OCUPACIONALES ,SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN ACTIVIDAD , SE DAN PAUTAS DE CUIDADO RESPIRATORIO ESTRATEGIA LAVADO DE MANOS-
-SE SUGIERE USO CONTINUO DE FORMULA OPTICA PERMANENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL, CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL-

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

Leonardo Bohorquez G.
Medico Especialista
S.O Riesgos Laborales
Licencia N° 1787

Firma:

Nombre: BOHORQUEZ GARCIA LEONARDO

R. M.: 82774/11 **L.S.O.:** 1787/17

Código de Seguridad
K652Q1W65885

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FLORIAN ESCANDON JULIETH IVONEE MARIA

CC: 1015417590

Amaury Benítez
23/09/2021 - R3

Scanned by TapScanner