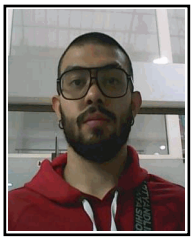
REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 283.352

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	10 MES	2024 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)

ESTRADA RIOS ALEJANDRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	27 AÑOS 11 MESES 8 DÍAS	CC	1022421031
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INDEPENDIENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES, CONDICION DE SALUD QUE REQUIERE RECOMENDACIONES MEDICAS

Observaciones: *POR SU PATOLOGIA REUMATOILOGICA.*

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:

.VISIOMETRIA. ✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

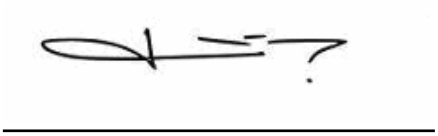
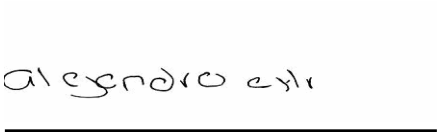
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE	USO ADECUADO DE EPP	
CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
VALORACIÓN POR EPS : REUMATOLOGIA		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL TRABAJADOR PADECE UNA PATOLOGIA REUMATOLOGICA, Y QUE ACTUALMENTE ESTÁ EN TRATAMIENTO CONTROLADO Y QUE NO LE GENERA RESTRICCIONES OCUPACIONALES PARA SU OFICIO. SE RECOMIENDA CONTINUAR VALORACIÓN MEDICA ESPECIALIZADA EN SU SEGURIDAD SOCIAL PARA TRATAMIENTO DE ESTA CONDICIÓN.

PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR CONTAGIO CON COVID19 Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN.
SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST.
INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
REALICE PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS COMO MEDIDA PREVENTIVA OSTEOMUSCULAR.

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:	BERMUDEZ GUERRERO KAROL REYES	**Nombre:**	ESTRADA RIOS ALEJANDRO
R. M.:	7865/04032021 **L.S.O.:** 7865 DE 04/03/2021	**CC:**	1022421031

Código de Seguridad
Y652E1K283352

Ley de Protección de Datos Personales o Ley 1581 de 2012
Reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada.