



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° 301.104

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
08 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
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)							
CASTAÑEDA RODRIGUEZ KAREN DAYANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	39 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS	CC	53029780
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo INSTRUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO							
Observaciones: <i>APTO PARA EL CARGO</i>							
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:							
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL				EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
GLICEMIA				PRUEBA PSICOTECNICA 16PF			
.VISIOMETRIA.				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES			PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES		
CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MANOS			REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA		
		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES			HACER DEPORTE		
		MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA					
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
		REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS INFERIORES					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
O SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA. O INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO. O PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA. O REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS.							
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



Firma: _____

Nombre: SILVA JARAMILLO SOLEY SOFIA

R. M.: 113 DE 09/01/2019 L.S.O.: 113 DE 09/01/2019



Código de Seguridad

G652M1S301104

Aspirante o Trabajador

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Firma: _____

Nombre: CASTAÑEDA RODRIGUEZ KAREN DAYANA

CC: 53029780

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.