REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

REYVELT MEDICINA ESPECIALIZADA SAS
Actividad Económica 8621 - Régimen Ordinario
NIT: **900868701-5**
Dir. Polo: **Cra 24 # 83 - 33**
Dir. Américas: **Cra 60 # 11 - 14**
Cel: **300 184 8774 / 313 323 9499**
Correo: **contabilidad@reyvelt.com / tesoreria@reyvelt.com**
web: **reyvelt.com**
Bogotá D.C



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 419.663

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	08 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
MURCIA SUAREZ NIKY ALEXANDER	MASCULINO	49 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	79802614 (Número)

Número de teléfono	Correo electrónico	Dirección de residencia
3125845176	**NIKYFSC@GMAIL.COM**	**BOGOTA**

Cargo: **DOCENTE**

EPS	AFP	ARL
SALUD TOTAL	**COLPENSIONES**	**NO REFIERE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON 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:

OPTOMETRIA. ✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL		REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA
USAR CORRECCIÓN VISUAL		CONTROL DE PESO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.
- 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.
- REALIZAR 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: 	**Código de Seguridad** E652K1Q419663	**Firma:** 
Nombre: CC: 52966805 - LEIDY VIVIANA CASTAÑEDA		**Nombre:** MURCIA SUAREZ NIKY ALEXANDER
R. M.: 52966805 **L.S.O.:** 15371-27/12/2021		**CC:** 79802614