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° 423.580

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 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	
ALFONSO LEAL ROGER CAMILO	MASCULINO	41 AÑOS 4 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	80812633 (Número)

Número de teléfono	Correo electrónico	Dirección de residencia
3058117929	**RCALFONSOL@UNAL.EDU.CO**	**CALLE 6 C 72 B 45**

Cargo: **CONTRATISTA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	**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:

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
	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	

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 36724860 - SOLEY SOFIA SILVA

R. M.: 81-032 **L.S.O.:** 113 DE 09/01/2019

Código de Seguridad
I652O1U423580

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ALFONSO LEAL ROGER CAMILO

CC: 80812633