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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.177

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	11 MES	2020 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	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)

CUELLAR LOZANO ERIKA ALEJANDRA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	28 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS	CC	1016050599
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
FISIOTERAPEUTA

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

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO*

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 ✓	----------

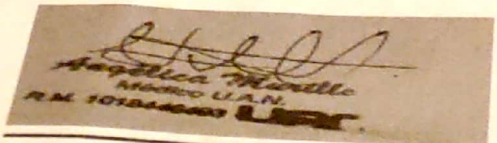
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA	PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
	CAPACITACIÓN	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA
	USO DE EPP	REDUCIR INGESTA DE GRASAS SATURADAS
		BAJAR DE PESO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ DE PELIGROS,MANTENER ERGONOMIA DE COLUMNA,PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES,REALIZAR PAUSAS ACTIVAS OCUPACIONALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA.,USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA ACTIVIDAD, ACTUALMENTE SIN PATOLOGÍAS CRÓNICAS NI TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS QUE LE IMPIDAN LABORAR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EMITIDAS EN CIRCULAR EXTERNA 0030 DE 2020 DE FECHA 8 DE MAYO 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FRENTE A LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19

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: MURILLO LARA ANGELICA

1018446493 L.S.O.: 3422/20

Código de Seguridad
S652Y1E24177

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CUELLAR LOZANO ERIKA ALEJANDRA

CC: 1016050599

Escaneado con CamScanner