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° 440.661

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	11 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POR TELECONSULTA

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	
RINCON DIAGO GUILLERMO EDUARDO	MASCULINO	51 AÑOS 3 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	79782744 (Número)

Número de teléfono	Correo electrónico	Dirección de residencia
3003200414	GERT0727@GMAIL.COM	BOGOTA

Cargo: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO 12**

EPS	AFP	ARL
ALIANSALUD	PORVENIR	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO APLICA

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:

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

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: 5061882 - DANIELA MARIA CHACIN

R. M.: 5061882 **L.S.O.:** . 20701 DE 05/12/202

Código de Seguridad
N652T1Z440661

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: RINCON DIAGO GUILLERMO EDUARDO

CC: 79782744