



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



N° 375.311

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
17 DÍA	12 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO			
			Ciudad				
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	
BAUTISTA PEREZ ALVARO				MASCULINO	52 AÑOS 3 MESES 18 DÍAS	CC	80504233
						Tipo	Número
Número de teléfono		Correo electrónico			Dirección de residencia		
3204207160		1973@gmail.com compras@industriasociac			CL 77 BIS SUR 8 B 71		
Cargo							
CONTRATISTA							
EPS		AFP			ARL		
FAMISANAR		PORVENIR			POSITIVA		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CUMPLE CON PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
SI		APTO PARA INGRESAR AL PLAN ESTRATEGICO DE SEGURIDAD VIAL					
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.				✓	MARIHUANA		
AUDIOMETRIA				✓	COCAINA		
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA				✓	ALCOHOLEMIA		
GLICEMIA				✓	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR		
PERFIL LIPÍDICO (CT, TG, HDLC, LDLC)				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE		USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO					
REALIZAR AUDIOMETRÍA CADA AÑO		EVITAR EXPOSICIÓN A RUIDO MAYOR A 85DBL					
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL NO REEMPLAZA LA CERTIFICACIÓN DE LA APTITUD PSICOFÍSICA NECESARIA PARA OBTENER LA LICENCIA DE TRÁNSITO PARA CONDUCCIÓN VEHICULAR, LA CUAL DEBE GESTIONARSE EN UN CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES (CRC) O ENTIDAD AVALADA PARA LA EXPEDICIÓN DE ESTAS, CON LAS RENOVACIONES ESTABLECIDAS SEGÚN NORMATIVIDAD.</p> <p>DEBE DESCANSAR Y LLEVAR UNA BUENA ALIMENTACIÓN ANTES DE CONDUCIR.</p> <p>EVITAR EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DE SUSTANCIAS QUE AFECTEN LA HABILIDAD AL VOLANTE.</p> <p>REVISAR DE MANERA PERIÓDICA EL ESTADO DEL VEHÍCULO.</p> <p>USAR GAFAS CON FILTRO UV PARA EVITAR ALTERACIÓN Y CANSANCIO VISUAL POR RADIACIONES SOLARES.</p> <p>REALIZAR PAUSAS ACTIVAS QUE LE PERMITAN DISMINUIR LA TENSIÓN DE LAS ARTICULACIONES Y LOS MÚSCULOS.</p> <p>CAMBIÉ CONSTANTEMENTE EL PUNTO DE ENFOQUE SOBRE LA CARRETERA, ESTO IMPIDE EL MAREO Y LA SENSACIÓN DE SUEÑO.</p> <p>CONDUZCA PREFERIBLEMENTE CON LA VENTANILLA CERRADA.</p> <p>REALIZAR EL AJUSTE ADECUADO DEL ASIENTO EN CUANTO A ALTURA E INCLINACIÓN Y EL VOLANTE.</p> <p>DESPUÉS DE UN PERIODO DE CONDUCCIÓN DE 4 HORAS Y 30 MINUTOS, SE DEBERÁ REALIZAR UN DESCANSO DE, AL MENOS, 45 MINUTOS.</p> <p>ASISTIR A LAS CAPACITACIONES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD VIAL DE LA EMPRESA.</p> <p>PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD</p> <p>SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.</p> <p>INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.</p> <p>PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.</p> <p>REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA</p>							
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: CC: 74377618 - GERMAN LEONARDO SALAZAR

R. M.: 74377618

L.S.O.: 3756 DE 29-07-2022



Código de Seguridad

H652N1T375311

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BAUTISTA PEREZ ALVARO

CC: 80504233