



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° 50.636

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
21 DÍA	06 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA PARA TRABAJOS EN ALTURAS PERIÓDICO							
			Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
K-2 INGENIERIA SAS				K-2 INGENIERIA SAS							
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)											
MUÑOZ RODRIGUEZ JORGE HERNAN				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				MASCULINO		35 AÑOS 10 MESES 20 DÍAS		CC	80832005		
Apellidos y Nombres						Tipo		Número			
Cargos											
TECNICO ELECTRONICO											
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL											
CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA CONTINUAR DESEMPEÑADO LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.											
Observaciones: APTO PARA EL CARGO											
SI		APTO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS									
SI		APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS									
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 PERIODICO				✓		GLICEMIA				✓	
OPTOMETRIA OCUPACIONAL				✓		COLESTEROL TOTAL				✓	
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL				✓		TRIGLICERIDOS				✓	
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA				✓		ANEXO ALTURAS				✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA				USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO				PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES			
CONTROL CON OPTOMETRÍA ANUAL				MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA				REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA			
REALIZAR AUDIOMETRÍA CADA AÑO				USO ADECUADO DE EPP							
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL							
				CAPACITACIÓN							
				USO DE EPP							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA Y AUDIOMETRIA USO DE PROTECTOR AUDITIVO DEPENDIENDO EL GRADO DEL RUIDO SE DAN RECOMENDACIONES POR AUMENTO DE PESO REALIZAR EJERCICIO Y DIETA BALANCEADA CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ DE PELIGROS, MANTENER ERGONOMIA DE COLUMNA, PRACTICAR HABITOS 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 PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19, NI TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS QUE LE IMPIDAN LABORA 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: PAUTT MORILLO STAYLER

R. M.: 1045706347

L.S.O.: 3523/20



Código de Seguridad

V652B1H50636

Aspirante o Trabajador

Firma:

Jorge H. Muñoz R.

Nombre: MUÑOZ RODRIGUEZ JORGE HERNAN

CC: 80832005