



**T.V.O. Salud
Ocupacional IPS**

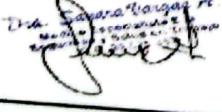
TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4

Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundinamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



Nº 20.397

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
08 DÍA	11 MES	2024 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)			
Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
PARTICULAR			ALBA YOLANDA MORALES ARIAS			
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)						
CARGO CONDUTOR			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres CARDENAS CARDOZO ERWIN DANNY			MASCULINO	41 AÑOS 5 MESES 11 DÍAS	CC	14012650
					Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
APTO CON RECOMENDACIONES						
Observaciones: .						
N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APPLICA	NO APPLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
AUDIOMETRÍA			✓		EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOARTICULAR	
OPTOMETRÍA			✓		-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL: VISION PROXIMA		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES	
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO			HACER DEPORTE	
VALORACIÓN POR EPS: CONTROL OPTOMETRÍA		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SANA, PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS.						
EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS 4 VECES A LA SEMANA INCLUIR ESTIRAMIENTOS MUSCULARES.						
RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR						
<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 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.</p>						
<p>Médico</p> <p></p> <p>Firma: _____</p> <p>Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E</p> <p>R. M.: 0698-03 L.S.O.: 2462-15</p>						
<p>Aspirante o Trabajador</p> <p></p> <p>Firma: _____</p> <p>Nombre: CARDENAS CARDOZO ERWIN DANNY</p> <p>CC: 14012650</p>						
<p>Código de Seguridad M1053S1Y20397</p>						