



T.V.O. Salud
Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4

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



N° 20.397

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
08 DÍA	11 MES	2024 AÑO	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)				
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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)				
CARDENAS CARDOZO ERWIN DANNY			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	41 AÑOS 5 MESES 11 DÍAS
Cargo			CC	14012650
CONDUCTOR			Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO CON RECOMENDACIONES				
Observaciones:				
N/A				
NO SE EVALUARÁN 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:				
AUDIOMETRÍA		✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	
OPTOMETRÍA		✓	✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISION PROXIMA		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		SVE AUDITIVO		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL OPTOMETRIA		PAÚSAS 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				
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		Aspirante o Trabajador		
Firma:		Firma:		
Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E		Nombre: CARDENAS CARDOZO ERWIN DANNY		
R. M.: 0698-03		CC: 14012650		
L.S.O.: 2462-15		Código de Seguridad		
		M1053S1Y20397		