



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

TVO SALUD OCUPACIONAL NIT. 901367836-4

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.696

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
05 DÍA	07 MES	2022 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO					
Ciudad									
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
INTER AUTOS				INTER AUTOS					
Nombre de la empresa				Empresa en misión					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)									
PADILLA PEÑUELA KAREN LIZETH				Genero		Edad		Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO		27 AÑOS 0 MESES 22 DÍAS		CC 1.069.751.648	
Cargos				Tipo		Número			
AUXILIAR ADMINISTRATIVO									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO)									
Observaciones:									
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:									
EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				PRUEBA DE EMBARAZO					
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES			
				PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE			
						DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA EJERCICIO, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR, ASISTIR A CAPACITACIONES EN SST POR PARTE DE LA EMPRESA									
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: PADILLA PEÑUELA KAREN LIZETH					
R. M.: 0698-03		L.S.O.: 2462-15		Código de Seguridad		CC: 1.069.751.648			
				L1053R1X3696					