



**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



N° 33,196

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
04 DÍA	07 MES	2026 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
PARTICULAR			SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO		
CIIU (Actividad Económica) del empleador:					
8411					
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
MONTAÑA LUQUE KATHERINE LISBETH			FEMENINO	41 AÑOS 11 MESES 13 DÍAS	CC 53052746
Carga				Tipo	Número
ADMINISTRATIVO					
EPS		AFP		ARL	
FAMISANAR		PORVENIR		NO	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO CON RECOMENDACIONES					
Observaciones:					
N/A NO SE EVALUARON 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					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS: CONTROL CIRUGIA BARIATRICA, NUTRICION		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA, EJERCICIO QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR. REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS					
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.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma:			Firma:		
Nombre: CC: 39625957 - SANDRA ESPERANZA VARGAS			Nombre: MONTAÑA LUQUE KATHERINE LISBETH		
R. M.: 0698-03 L.S.O.: 2462-15			CC: 53052746		
Código de Seguridad					
B1053H1N33196					