



**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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.727

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
25 DÍA	10 MES	2022 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				ALCALDÍA MUNICIPAL DE FUSAGASUGÁ			
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)							
NIETO PIÑEROS MARIA JOSE				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	24 AÑOS 8 MESES 4 DÍAS	CC	1.010.238.456
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargos							
TECNICO JUDIRICO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO)							
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		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
HABITOS 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: NIETO PIÑEROS MARIA JOSE			
R. M.: 0698-03		L.S.O.: 2462-15		Código de Seguridad		CC: 1.010.238.456	
				D1053J1P5727			