IPS Médicos laborales

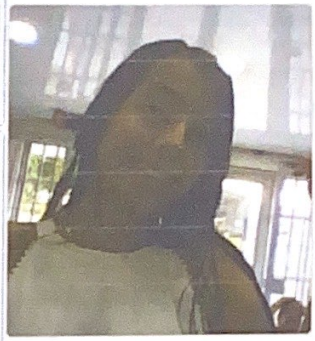
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CO-002226

EMPRESA

Empresa contratante: PARTICULAR
NI : 000000001
Dirección:

Empresa usuaria:
Teléfonos:



DATOS GENERALES

Nombre: KARINA PERDOMO SILVA
Documento: CC : 1144034588
Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVA
Dirección: CL 39 6W 66
Tipo de examen: Examen de Pre-Ingreso - 1
Identificador del concepto: CO-002226

Edad: 29 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono: 3175779960
Fecha de atención: 2019/12/10
Fecha de impresión: 2019/12/10 08:12:56 am

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

- **C-GEN:** Consulta Médico Ocupacional

RECOMENDACIONES LABORALES

- **Sin recomendaciones**

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA EN SU TIEMPO LIBRE
- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- MANTENER PESO SALUDABLE
- SEGUIMIENTO DE MEDICINA GENERAL POR EPS

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO LABORAL SATISFACTORIO - 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **KARINA PERDOMO SILVA**, identificado con **CC 1144034588**, autorizo a IPS MÉDICOS LABORALES S.A.S, a realizar en mi examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito,los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y veridica(s). Autorizo a IPS MÉDICOS LABORALES S.A.S para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por IPS MÉDICOS LABORALES S.A.S al respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

CAMILO ARTURO BERNAL GAMEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 79393437/ LIC EN S.O. 2658 DE 2015 (RENOVADA)

Código de verificación
7136-0PPKX

Firma del trabajador:

Karina Perdomo

KARINA PERDOMO SILVA
CC: 1144034588