FECHA DE EXAMEN 31/05/2022 8.16 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y RIESGO A COVID-19



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	MEDISHI MEDICINA SEGURIDAD E HIGIENE	**Nit:**	800025199 - 7
Dirección:	Calle 77 a No. 12-35	**e-mail:**	medishi@medishi.com
Teléfonos:	(57-1) 443 23 20	**Sede:**	SEDE PRINCIPAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	CAMILO JOSE				**Apellidos**	MENDOZA JIMENEZ					
Identificación	CC	91508482		**Edad**	40 Años		**Genero**	M	**Grupo sanguineo**		B +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	BARRANCABERMEJA					**Fecha de nacimiento**		08/05/1982		
Estado civil	Soltero (a)	**Escolaridad**	Profesional		**Teléfonos**	3123797214					
Departamento	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.		**Dirección**	CALLE 86 A No. 69 T 41			**Estrato**	4	
EPS	SURA E.P.S.										
ARL	NINGUNA			**Fondo de Pensiones**		NO REFIERE					

DATOS EMPRESA

EMPRESA	BIENESTAR IPS		
CARGO	MEDICO		
FECHA DE INGRESO	31/05/2022	**JORNADA DE TRABAJO**	ROTATIVA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa

Nombre: Empresa contratante / Empresa en misión						**Tipo Actividad Empresa: contratante / en misión**					
INDEPENDIENTE /						NO REFIERE					
Cargo	MEDICO GENERAL					Horario	Diurno	N	Nocturno	N	Rotativo
Antigüedad: en el Cargo / en la empresa / en el oficio						6 MESES / /					
Observaciones											

Exposición a Factores de riesgo Laborales

Tipo	Riesgo	Cargo	Expuesto	Protección
RIESGOS BIOLOGICOS	BIOLOGICO	MEDICO GENERAL		
RIESGOS DE SEGURIDAD	ALMACENAMIENTO	MEDICO GENERAL		
RIESGOS ERGONOMICOS	POSTURA INADECUADA	MEDICO GENERAL		
RIESGOS ERGONOMICOS	MOVIMIENTOS REPETITIVOS	MEDICO GENERAL		
RIESGOS FISICOS	ILUMINACION	MEDICO GENERAL		
RIESGOS FISICOS	RADIACION NO IONIZANTE	MEDICO GENERAL		
RIESGOS PSICOLOGICOS	PSICOSOCIAL DE LA ORGANIZACION	MEDICO GENERAL		
RIESGOS PSICOLOGICOS	PSICOSOCIAL DE LA TAREA	MEDICO GENERAL		

Accidentes de trabajo sufridos en la Empresa NO TIENE

Enfermedades de origen profesional diagnosticadas en la Empresa NO TIENE

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

Reubicación Laboral en la Empresa NO TIENE

ANTECEDENTES FAMILIARES

Nombre	Concepto	Observaciones
ENFERMEDAD CONGENITA	NO REFIERE	
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	NO REFIERE	
ENFERMEDAD CORONARIA	NO REFIERE	
ASMA	NO REFIERE	
CANCER	NO REFIERE	
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE	
HIPERTENSION ARTERIAL	SI	ABUELA
DIABETES	NO REFIERE	
OTROS	ABUELA GLAUCOMA NIEGA RESTO DE ANTECEDENTES.	

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLOGICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
PATOLOGICOS	NO REFIERE	
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE	
ENFERMEDAD CARDIO VASCULAR	NO REFIERE	
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE	
DIABETES MELLITUS	NO REFIERE	
HIPOGLICEMIA	NO REFIERE	
VERTIGOS – MAREOS	NO REFIERE	
ENFERMEDAD DE MENIERE	NO REFIERE	
ANEMIAS	NO REFIERE	
CONVULSIONES	NO REFIERE	
OTROS (CUALES):	NO REFIERE	
EPILEPSIA	NO REFIERE	
ENFERMEDAD MENTAL	NO REFIERE	
TRAUMA ACUSTICO	NO REFIERE	
HIPOACUSIA	NO REFIERE	
SORDERA	NO REFIERE	
EFECTOS DE REFRACCION QUE NO CORRIGE	NO REFIERE	
TUBERCULOSIS	NO REFIERE	
ARTRITIS	NO REFIERE	
LUMBALGIAS	NO REFIERE	
ALERGIAS	NO REFIERE	
RINITIS	NO REFIERE	
OTITIS	NO REFIERE	
SINUSITIS	NO REFIERE	
ASMA	NO REFIERE	
DERMATITIS	NO REFIERE	
CANCER	NO REFIERE	
VARICES	NO REFIERE	
ULCERA PEPTICA – GASTRITIS	NO REFIERE	
FOBIA A LAS ALTURAS	NO REFIERE	
HIPOTIROIDISMO	NO REFIERE	

OTROS

Nombre	Concepto	Observaciones
MEDICAMENTOS	NO REFIERE	
QUIRURGICOS	SI	CIRUGIA REFRACTIVA BIL HACE 13 AÑOS,
HOSPITALARIOS	NO REFIERE	

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

TRAUMATICOS	NO REFIERE	
TOXICOS	NO REFIERE	
ALERGICOS	NO REFIERE	NIEGA
FARMACOLOGICOS	NO REFIERE	
OTROS		
OBSERVACIONES	NIEGA RESTO DE ANTECEDENTES.	

INMUNIZACIONES

VACUNAS

Nombre	Concepto	Observaciones
FIEBRE AMARILLA	DOSIS UNICA	
HEPATITIS A	2da Dosis	
HEPATITIS B	Refuerzo	
TETANO	3ra Dosis	
OTROS	INFLUENZA EN EL 2019	

HABITOS

TOXICOS

Nombre	Concepto	Observaciones
FUMA	NO	NIEGA
EXFUMADOR	NO	
ALCOHOL	NO	NIEGA
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO	NIEGA

¿PRACTICA ACTIVIDAD FISICA?

Nombre	Concepto	Observaciones
¿PRACTICA DEPORTE? / ¿CUAL?	SI	GIMNASIO
FRECUENCIA		MENSUAL
LESIONES DEPORTIVAS	NO	

REVISION POR SISTEMAS

SENTIDOS

Nombre	Concepto	Observaciones
ALTERACION DE LA VISION	NIEGA	NIEGA
ALTERACION DE LA AUDICON	NIEGA	

NEUROLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
CEFALEA	NIEGA	
ALTERACION DE LA MEMORIA	NIEGA	
ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD	NIEGA	
ALTERACIONES MOTORAS	NIEGA	
ALTERACIONES DEL SUEÑO	NIEGA	
VERTIGO	NIEGA	
TINITUS	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

CARDIOVASCULAR

Nombre	Concepto	Observaciones
DOLOR PRECORDIAL	NIEGA	
LIPOTIMIA	NIEGA	
SINCOPE	NIEGA	
PALPITACIONES	NIEGA	
DISNEA	NIEGA	
VARICES	NIEGA	

GENITOURINARIO

Nombre	Concepto	Observaciones

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

DISURIA	NIEGA	
HEMATURIA	NIEGA	
NICTURIA	NIEGA	
POLIAQUIURIA	NIEGA	
ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL	NO APLICA	

DIGESTIVO

Nombre	Concepto	Observaciones
DOLOR ABDOMEN	NIEGA	
EPIGASTRALGIA	NIEGA	
DISPEPSIA	NIEGA	
ESTREÑIMIENTO	NIEGA	
DIARREA	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

DERMATOLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
DESCAMACION	NIEGA	
ERITEMA	NIEGA	
HIPERHIDROSIS	NIEGA	
PRURITO	NIEGA	
RESEQUEDAD	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

OTEOMUSCULAR

Nombre	Concepto	Observaciones
DOLOR ARTICULAR O LIMITACION	NIEGA	
ALTERACION MARCHA	NIEGA	
CERVICALGIA	NIEGA	
LUMBALGIA	NIEGA	
DORSALGIA	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

HEMATOLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
SANGRADO	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

RESPIRATORIO

Nombre	Concepto	Observaciones
TOS FRECUENTE	NIEGA	
DISNEA	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

PSIQUIATRICO

Nombre	Concepto	Observaciones
DEPRESION	NIEGA	
ANSIEDAD	NIEGA	
OTROS	NIEGA	

ENFERMEDAD ACTUAL

Nombre	Concepto
ENFERMEDAD ACTUAL	EXAMEN DE INGRESO, ASINTOMÁTICO ACTUALMENTE

ESTADO GENERAL

PRESION ARTERIAL	130/70	FRECUENCIA CARDIACA	70	RITMICO	SI
TALLA	184	PESO	93	INDICE MASA	27.47
CLASIFICACION	Pre-Obesidad	FRECUENCIA	20	PULSO	70
PERIMETRO ABDOMINAL	SAT O2 AL 21%:	COMPLEXION	ENDOMORFO	TEMPERATURA	36.9ºC CON

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

EXAMEN FISICO

DOMINANCIA

Nombre	Concepto	Observaciones
DOMINANCIA	DIESTRO	

CABEZA

Nombre	Concepto	Observaciones
ASPECTO GENERAL	NORMAL	
PIEL Y FANERAS	NORMAL	
CABEZA	NORMAL	
CARA	NORMAL	

OJOS

Nombre	Concepto	Observaciones
GLOBO OCULAR	NORMAL	
PARPADOS	NORMAL	
CONJUNTIVAS	NORMAL	
ESCLEROTICAS	NORMAL	
PUPILAS	NORMAL	
CORNEAS	NORMAL	
FONDO DE OJO	NO EXPLORADO	
TAMIZAJE	NORMAL	VL AO 20/20 SC

OIDOS

Nombre	Concepto	Observaciones
PABELLON	NORMAL	
OTOSCOPIA	NORMAL	BIL NORMAL

NARIZ

Nombre	Concepto	Observaciones
TABIQUE	NORMAL	
MUCOSAS	NORMAL	
CORNETES	NORMAL	
SENOS PARANASALES	NORMAL	

BOCA / FARINGE

Nombre	Concepto	Observaciones
LABIOS	NORMAL	
LENGUA	NORMAL	
FARINGE Y AMIGDALAS	NORMAL	
ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	NORMAL	
PALADAR	NORMAL	
DENTADURA	NORMAL	
OTROS	NORMAL	

CUELLO

Nombre	Concepto	Observaciones
CUELLO TIROIDES	NORMAL	

TORAX

Nombre	Concepto	Observaciones
TORAX	NORMAL	

CARDIORESPIRATORIO

Nombre	Concepto	Observaciones
PULMONES	NORMAL	
CORAZON	NORMAL	

GASTROINTESTINAL

Nombre	Concepto	Observaciones
ABDOMEN	NORMAL	
HERNIAS	NO TIENE	

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

GENITOURINARIO

Nombre	Concepto	Observaciones
GENITALES EXTERNOS	NO EXPLORADO	

NEUROLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
PARES CRANEANOS	NORMAL	
SENSIBILIDAD	NORMAL	
REFLEJOS	NORMAL	
ROMBERG	NEGATIVO	
MARCHA EN LINEA	NEGATIVO	
ESFERA MENTAL	NORMAL	

VASCULAR PERIFERICO

Nombre	Concepto	Observaciones
VARICES (GRADO)	NO TIENE	

OSTEOMUSCULAR

Nombre	Concepto	Observaciones
MIEMBROS SUPERIORES	NORMAL	
MIEMBROS INFERIORES	NORMAL	
TINEL DERECHO	NEGATIVO	
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO	
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO	
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO	
COZEN DERECHO	NEGATIVO	
COZEN IZQUIERDO	NEGATIVO	
YEGARSON DERECHO	NEGATIVO	
YEGARSON IZQUIERDO	NEGATIVO	
YOCUM DERECHO	NEGATIVO	
YOCUM IZQUIERDO	NEGATIVO	
NEER DERECHO	NEGATIVO	
NEER IZQUIERDO	NEGATIVO	

EXAMEN FISICO - EXAMEN DE COLUMNA

INSPECCION

Nombre	Concepto	Observaciones
INSPECCION	NORMAL	
SIMETRIA (PA)	NORMAL	
CURVATURA (LAT)	NORMAL	

PALPACION

Nombre	Concepto	Observaciones
PALPACION	NORMAL	
DOLOR		
ESPASMO		

MOVILIDAD

Nombre	Concepto	Observaciones
MOVILIDAD	NORMAL	
FLEXION	NORMAL	
EXTENSION	NORMAL	
FLEXION LATERAL	NORMAL	
ROTACION	NORMAL	

MARCHA

Nombre	Concepto	Observaciones
MARCHA	NORMAL	
POLIGONO DE SUSTENTACION	NORMAL	

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

PUNTAS	NORMAL	
TALONES	NORMAL	

SIGNO

Nombre	Concepto	Observaciones
LASSEGUE	NEGATIVO	
PATRICK	NEGATIVO	

EXAMENES PARACLINICOS

EXAMENES DE LABORATORIO

Nombre	Concepto
INTERPRETACION MEDICO	

EXAMENES AUXILIARES

Nombre	Concepto
AUDIOMETRIA	
OPTOMETRIA	
VISIOMETRIA	
ESPIROMETRIA	
EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	
PRUEBA PSICOLOGICA	
ELECTROCARDIOGRAMA	
OTROS	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Z100 Examen de salud ocupacional
DIAGNOSTICO 2	R635: Aumento anormal de peso
DIAGNOSTICO 3	
DIAGNOSTICO 4	
DIAGNOSTICO 5	
DIAGNOSTICO 6	

CONCEPTO

Nombre	Concepto	Observaciones
CONCEPTO OCUPACIONAL	CUMPLE CON LOS REQUISTOS PARA EL CARGO - PRESENTA HALLAZGOS QUE NO INTERFIEREN CON SU TRABAJO	
CONCEPTO PARA CONDUCTORES	NO APLICA	
OBSERVACIONES	CUESTIONARIOS DE MORBILIDAD FRENTE A COVID 19: NEGATIVOS SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE ACUERDO A PROTOCOLO DE ATENCION DE LA IPS, SOLO CON ROPA INTERIOR EL USUARIO ESTA DE ACUERDO CON EL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	

RECOMENDACIONES

Nombre	Concepto
RECOMENDACIONES GENERALES	RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA 1. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN AREA DE TRABAJO 2. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL 3. CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA 4. MANEJO ADECUADO DE EQUIPOS E INSTRUMENTAL MEDICO 5. CUMPLIR NORMAS DE BIOSEGURIDAD 6. INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO A LOS

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

RIESGO EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA
7. PROMOCION PERMANENTE DE MEDIDAS DE LIMPIEZA, ASEO Y PREVENCION DE CONTAGIO FRENTE A COVID 19
8. PROMCION DE HABITOS Y CONSEJOS PARA LA SALUD MENTAL, DURANTE EL PERIODO DE CUARENTENA
9. SE REALIZA VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN RIESGO COVID, SIN NINGUNA NOVEDAD

RECOMENDACIONES PARA EL USUARIO
1. HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
2. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
3. INFORMAR A LA EMPRESA CUALQUIER SINTOMA, COMO FIEBRE, DIFICULTAD RESPIRATORIA O ASOCIADOS AL COVID 19
4. SEGUIR LAS INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES DADAS POR TODAS LAS AUTORIDADES INCUYENDO PERSONAL SANITARIO, CON RESPECTO A LA PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, COMO ES EL CASO DE LA INFECCION O TRANSMISION DEL COVID-19, ENTRE OTRAS.
5. SE SUGIERE COMPLETAR REFUERZO DE VACUNACION CONTRA EL COVID-19
6. VALORACION POR NUTRICION, DIETA Y EJERCICIO. DIETA HIPOGLUCIDA E HIPOGRASA.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Nombre	Concepto	Observaciones
USO DE EPP CORRESPONDIENTES A LOS	NO	
HIGIENE POSTURAL	SI	
PAUSAS ACTIVAS	SI	
EJERCICIO HABITUAL	NO	
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	SI	
MANEJO DE ESTRES	NO	
DIETA BALANCEADA	SI	
USO DE CORRECCION OPTICA	NO	
EJERCICIO CIRCULATORIO	NO	

INGRESO A SVE

Nombre	Concepto	Observaciones
SVE (ERGONOMICO)	NO	
SVE (RUIDO)	NO	
SVE (BIOLOGICO)	NO	
SVE (RADIACION IONIZANTES)	NO	
SVE (PSICOLABORAL)	NO	
SVE (CARDIOVASCULAR-METABOLICO)	NO	
SVE (VISUAL)	NO	
SVE (RESPIRATORIO)	NO	

Nombres y Apellidos CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ **Identificación** CC 91508482

La Constitución Política de Colombia de 1991, Título II, "De los Derechos, las Garantías y los Deberes", artículos 15,18 y 20 hacen referencia a la intimidad, a la autonomía de las personas y a recibir información veraz e imparcial. Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981 se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que puedan derivarse del tratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente.

Artículo 15: "El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente" El Ministerio de Salud a través del Decreto 3380 de 1981, reglamentario de la Ley 23 de 1981, define excepciones para la obtención del consentimiento informado y es así como en el artículo 11 se registra: "El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes allegados se lo impidan.

Toda persona, aunque esté enferma, debe continuar siendo considerada en principio libre y competente para decidir sobre su integridad y sobre su futuro y, por lo tanto, debe poder intervenir en las decisiones clínicas que le implican; esto determina el poder aceptar o denegar lo que se le propone después de que se le ha brindado la información suficiente para ello.

La ley 911 de octubre 5 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones" establece en el artículo 6º: "El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería".

Autorizo a los Profesionales de la IPS MEDISHI SAS. Medicina Seguridad e Higiene Industrial, a realizarme los exámenes médicos, paraclínicos, laboratorios y/o vacunación de acurdo a la solicitud de la Empresa Cliente y registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este examen médico, paraclínicos, laboratorios y /o vacunación. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos de los procedimientos a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los procedimientos. Entiendo que la realización de estos procedimientos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mí, están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS MEDISHI SAS, Medicina Seguridad e Higiene Industrial, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo e Higiene Industrial y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

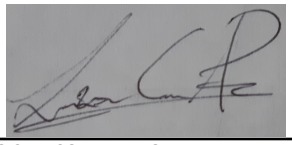
MEDISHI MEDICINA SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL SAS, identificada con NIT 800025199-7 y domicilio principal en la ciudad de Bogotá, debidamente autorizada por la Secretaria de Salud, para funcionar y prestar los servicios en salud, Es responsable del tratamiento de los datos personales sensibles de sus clientes, pacientes, prestadores, proveedores y colaboradores, sobre los cuales decida de forma directa y autónoma.

Yo CAMILO JOSE MENDOZA JIMENEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 91508482

Y conforme a la ley 1581 de 2012 y demás Decretos reglamentarios, autorizo a MEDISHI MEDICINA SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL SAS, para el tratamiento y manejo de mis datos personales sensibles el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular, actualizar y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios en salud, Además de mis nombres, apellidos y documento de identidad, los datos personales sensibles que se someten a tratamiento como la dirección, número de teléfono y correo electrónico

De claro que soy responsable de la veracidad de los datos suministrados. Así mismo autorizo a MEDISHI MEDICINA SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL SAS a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados.

Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular y de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y su Decretos reglamentarios.



LUIS CARLOS PEREZ ESPITIA
RM 80932090 LIC 80932090
Firma y sello del Médico Evaluador

CAMILO JOSE
C.C 91508482
Firma del trabajador Evaluado