



Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: CII 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

**EVALUACIÓN MÉDICA
OCUPACIONAL
CO-054114**

EMPRESA

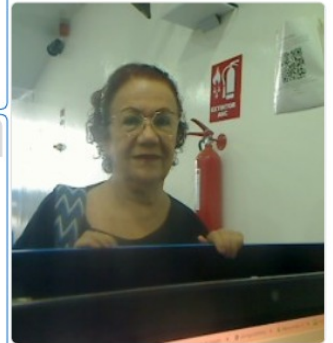
Empresa contratante: COOPERATIVA DE TRABAJO
ASOCIADO DE SERVICIOS INTEGRALES
NI 813013539 :
Dirección: CR 4 9 25 OF 202 ED DIEGO DE OSPINA

Teléfono celular: 3125845163
Otros teléfonos: 8666917

DATOS GENERALES

Nombre: MARIA DEL CARMEN PATARROYO CORDOBA
Documento: CC 36152853 :
Cargo: GERENTE
Dirección: CL 49 NO 6 - 29
Zona: Urbana
EPS: E.P.S Sanitas S.A.
Tipo de evaluación: Examen Periódico
Identificador del concepto: CO-054114

Edad: 73 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3102408012
Correo: MARITPASTA14@HOTMAIL.COM
ARL: Suratep S.A.
Fecha de atención: 2025/08/15
Fecha de impresión: 2025/08/24 10:08:27 pm



A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	OK
P-VIS:Visiometría	Completo
P-LAB:Laboratorio	Completo
903841: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	OK
903818: COLESTEROL TOTAL	OK
903868: TRIGLICERIDOS	OK

RECOMENDACIONES LABORALES PARA LA EMPRESA

- BIOSEGURIDAD.

RECOMENDACIONES AL USUARIO

- USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO CON LA EXPOSICIÓN AL RIESGO
- USO DE PROTECCIÓN OCULAR PARA EL SOL
- USO DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA PARA LABORES
- ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GÉNERO
- MANTENER PESO SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL
- USO DE GAFAS PERMANENTES

CONCEPTO OCUPACIONAL

- **Concepto ocupacional:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO SATISFACTORIO **Observación:** SIN RESTRICCIÓN
- **Concepto Énfasis Osteomuscular:** SIN RESTRICCIONES **Observaciones:** SIN HALLAZGOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **MARIA DEL CARMEN PATARROYO CORDOBA**, identificado con **CC 36152853**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que me realicen el 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 médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de 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 mí en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., para que suministre a las personas o entidades contempladas en la 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. De igual forma doy mi autorización para que la información médica consignada en mi historia clínica sea utilizada para fines estadísticos y para la realización y presentación del informe de condiciones de salud a mi empresa contratante. Dando cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que traten y regulen sobre esta materia, con mi firma manifiesto que he sido informado por la IPS MEDICOS LABORALES S.A.S., sobre la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – D002, contenida en la página web: www.medicoslaboralessas.com, respecto del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular.

Firma del especialista:

Carlos Murcia Rojas
21/08/2016
1221/16

CARLOS MURCIA ROJAS
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Tarjeta prof. # 426/2011 - 1221/2016



Código de verificación
169879-0CLS9

Firma del trabajador:

María del Carmen Patarroyo Córdoba

MARIA DEL CARMEN PATARROYO CORDOBA
CC: 36152853