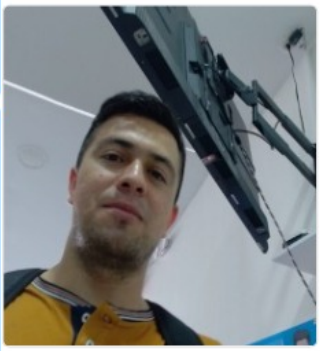
Médicos Laborales SAS
Prestador: 4100101380
Dirección: Cll 15 No. 5-71 Centro, Neiva - Huila
Teléfono: 3176379820
Email: operaciones@medicoslaboralessas.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL
CO-053909

EMPRESA

Empresa contratante: Particulares
NI 000000000 :
Dirección: 0
Teléfono celular: 3176380067
Otros teléfonos: 0



DATOS GENERALES

Nombre: JESUS MAURICIO TAMAYO BARRERA
Documento: CC 1084868558 :
Cargo: CONTRATISTA
Dirección: CAR 7 N 7-53
Zona: Urbana
EPS: Nueva EPS
Tipo de evaluación: Examen de Ingreso
Identificador del concepto: CO-053909
Edad: 31 Años
Ciudad: 001 - HUILA > NEIVA
RH: O+
Teléfono celular: 3178554159
Correo: BATAMAJE.22@GMAIL.COM
ARL: NO TIENE
Fecha de atención: 2025/08/08
Fecha de impresión: 2025/08/08 02:08:34 pm

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES

EXAMEN	REALIZADO
C-GEN:EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	Completo
ENF-OST: ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	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
- MANTENER PESO SALUDABLE
- PAUSAS ACTIVAS
- HIGIENE POSTURAL

CONCEPTO OCUPACIONAL

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR

Yo, **JESUS MAURICIO TAMAYO BARRERA**, identificado con **CC 1084868558**, autorizo a la IPS MEDICOS LABORALES S.AS., 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 R.
RM 426/11
1221/16

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

Código de verificación
169061-OC3OW

Firma del trabajador:

MAURICIO T.

JESUS MAURICIO TAMAYO BARRERA
CC: 1084868558