

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR  
EXAMEN PERIODICO  
ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

En la fecha, yo, identificado como aparece al pie de mi firma dentro del presente documento, actuando en nombre propio y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas, legales y contractuales, sin presión alguna y en pleno conocimiento de mi estado de salud, DECLARO que he sido informado previamente acerca de los exámenes médicos ocupacionales y los paraclínicos que me van a realizar, así como del riesgo existente en la realización de cada uno de ellos.

Teniendo en cuenta lo anterior, DECLARO que cual he comprendido y he tenido la oportunidad de realizar preguntas, analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).

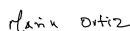
Adicionalmente AUTORIZO al doctor abajo mencionado (médico ocupacional) y a IPS PROGRESANDO EN SALUD a:

1. Realizarme el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento.
2. Que los resultados de los exámenes o para clínicos sean plasmados a nivel general en el informe de condiciones de salud que la IPS remitirá a mi posible empleador, empleador o ex empleador.
3. Que los resultados de los exámenes o para clínicos que me realizaron la IPS PROGRESANDO EN SALUD los pueda utilizar a nivel general, para la creación de estadísticas, informes y en general general para la investigación de condiciones de salud de las personas atendidas en la IPS.
4. De forma expresa autorizo que la IPS PROGRESANDO y el médico conozcan y traten mis datos personales y sensibles de conformidad con la política de protección de datos de la IPS.
5. El concepto médico ocupacional sea remitido a la empresa que me remitió a la IPS a realizarme exámenes médicos ocupacionales.
6. Me realicen todos los exámenes o paraclínicos que se requieran para detectar el consumo de alcohol o sustancia psicoactivas.

Por último, DECLARO que:

1. El Dr(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico ocupacional junto con su(s) paraclínico(s) ocupacional(es), el cual es: \* Promover y proteger la salud de los empleados y, por otra parte, a gestionar y disminuir riesgos, a la vez que a controlar enfermedades y accidentes laborales, \* Impulsa dentro de la empresa el trabajo sano y seguro, a través de acciones preventivas, \* Promueve sistemas de organización que favorecen la salud y seguridad en el área de trabajo, lo que sirve para aumentar la confianza y por ende la productividad.
2. Fui informado de las medidas que tomará IPS PROGRESANDO EN SALUD para proteger la confidencialidad de la información de los exámenes realizados a mí.
3. Recibí copia del concepto médico ocupacional y de la valoración médica ocupacional.
4. Conozco la política de protección de datos de la IPS PROGRESANDO EN SALUD y mis derechos de conformidad con la Ley 1581 de 2012 o la que la modifique o derogue.
5. Conozco que el concepto médico ocupacional y no la historia clínica será remitida a la empresa que me envió a la IPS, puesto que ello no transgrede o atenta con mi derecho a la intimidad y reserva de la información

Cordialmente,



MARIA DELFINA ORTIZ CHAPARRO  
C.C. 1092347869

FECHA 27/08/2025