



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL



## FORMULARIO – EXAMEN ADMISIONAL

El Certificado Médico y/o los estudios auxiliares de diagnósticos, utilizados para realizar esta DD.JJ., podrán ser requeridos por el IPS en cualquier momento posterior a la Entrada del Trabajador.

<b>C.I.N°</b>		<b>FECHA NACIMIENTO</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>			
<b>FECHA ENTRADA EN IPS</b>		<b>N° PATRONAL</b>	
<b>EMPLEADOR</b>			
<b>ACTIVIDAD DE LA EMPRESA</b>			
<b>CERTIFICADO MEDICO.</b>  (Especificar sexo, edad, condición de salud actual y en su caso, patologías preexistentes).  (En caso de Capacidades Diferentes, especificar la misma).			
<b>IDENTIFICACION DEL MEDICO.</b>  (Nombre y apellido, matricula profesional y nro. de contacto).			
<b>ACTIVIDAD LABORAL.</b>  (Tarea que desarrollará el trabajador; lugar y horario de trabajo).			

<b>FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR REPRESENTANTE LEGAL REGISTRADO EN IPS O PROPIETARIO EN CASO DE UNIPERSONALES</b>
---

Recibido por (firma y sello)	Verificado por (firma y sello)	Archivado por (firma y sello)
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------