

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.052.411.029

RONDEROS DIAZ

CRISTIAN DAVID

CRISTIAN Ronderos



FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1997

BELEN
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 ESTATURA

O+ G.S RH

M SEXO

18-SEP-2015 DUITAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

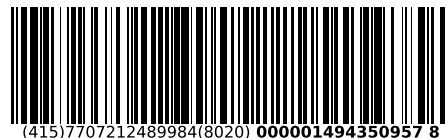
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0707900-00758249-M-1052411029-20151028

0047208800A 2 44706549

14943509578



(415)7707212489984(8020) 000001494350957 8

2 6

37. Signal

3 2 2 2 5 0 5 3 7 5

49 - No responsable de IVA



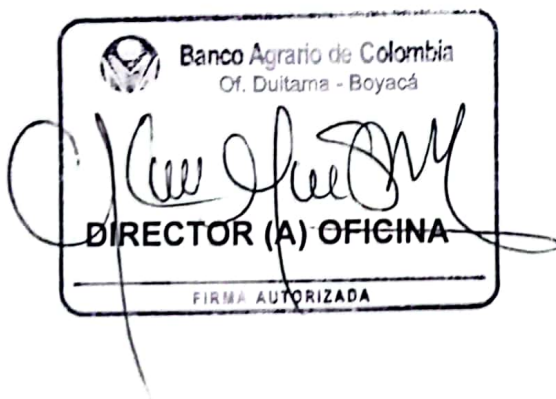
Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: RONDEROS DIAZ CRISTIAN DAVID, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1052411029, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-036-00-71393-8, con una antigüedad de TRES (3) año(s).

Se expide en DUITAMA, a los diez y ocho (18) días del mes de agosto de 2023, con destino a: AL INTERESADO





DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S
NIT 900.593.507-0

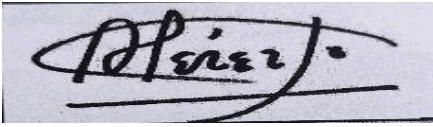
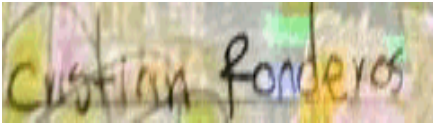
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054

semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmail.com
www.doctorhouseips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.514

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	08 MES	2023 AÑO	TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				OFICINA DE EXTENSIÓN AGROPECUARIA DE BOYACÁ.			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
RONDEROS DIAZ CRISTIAN DAVID				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	25 AÑOS 11 MESES 3 DÍAS	CC	1052411029
Cargo				Tipo Número			
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS AGROPECUARIAS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		CONTROL DE PESO	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: Carlos				Nombre: RONDEROS DIAZ CRISTIAN DAVID			
R. M.: 914-97				CC: 1052411029			
L.S.O.: 1122							
Código de Seguridad							
D641J1P32514							