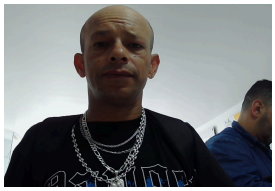
900594064-4

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de examen: 2026-01-30 **Fecha de impresión:** 2026-01-30

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	JUAN CARLOS ARIAS RINCON		
Identificación:	CC	**Número:**	16073592
Fecha de Nacimiento:	1982-08-15	**Edad:**	43
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	AB +	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	UNIÓN LIBRE	**Escolaridad:**	BACHILLER
Estrato:	2	**Ciudad:**	MANIZALES
Dirección:	CLLE 48 # 29 B 27	**Teléfono:**	3145366785
EPS:	EPS NUEVA	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	PROTECCION S.A.		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	DALCONS SAS	**Cargo:**	AYUDANTE
Sede:	PRINCIPAL MANIZALES CALDAS		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

CONCEPTO

CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

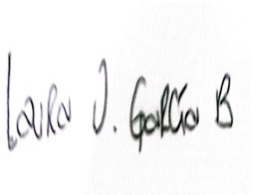
GENERALES

INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA	SI

OCUPACIONALES

PAUTAS ERGONOMICAS	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.





SIN HUELLA

LAURA JIMENA GARCIA
1053821625
RM: LSO75528
Firma y sello del médico evaluador

JUAN CARLOS ARIAS RINCON
Documento: 16073592
Firma del trabajador