IPS SISOMED

900594064-4

# CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

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

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos:** | OSCAR GREGORIO PEÑA MOLINA | | |
| **Identificación:** | CC | **Número:** | 91349296 |
| **Fecha de Nacimiento:** | 1995-02-07 | **Edad:** | 31 |
| **Género:** | M | **Identidad de Género:** | MASCULINO |
| **RH:** | O - | **Ciudad - Sede:** | CALDAS |
| **Estado civil:** | SOLTERO | **Escolaridad:** | TECNOLOGICO |
| **Estrato:** | 3 | **Ciudad:** | MANIZALES |
| **Dirección:** | CR 17 # 17 A 09 | **Teléfono:** | 3046740649 |
| **EPS:** | NO REFIERE | **ARL:** | COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA |
| **AFP:** | NO REFIERE | | |
| **Acompañante:** | | **Tel. Acompañante:** | |
| **Empresa:** | DALCONS SAS | **Cargo:** | MAESTRO DE OBRA |
| **Sede:** | PRINCIPAL MANIZALES CALDAS | | |

**TIPO EXAMEN:** PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

**EXAMENES REALIZADOS**

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

## CONCEPTO

| | |
|---|---|
| CONCEPTO | SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO |

## RECOMENDACIONES

### GENERALES

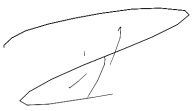
| | |
|---|---|
| INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA | SI |

### OCUPACIONALES

| | |
|---|---|
| USO DE EPP | SI |
| 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**

JULIAN OSORIO GALINDO
75078553
RM: 17447 LSST 73195
Firma y sello del médico evaluador

OSCAR GREGORIO PEÑA MOLINA
Documento: 91349296
Firma del trabajador