IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	GABRIEL ADOLFO BETANCOURT TOVAR		
Identificación:	CC	**Número:**	10000164
Fecha de Nacimiento:	1976-10-27	**Edad:**	49
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	O +	**Ciudad - Sede:**	PEREIRA
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	4	**Ciudad:**	PEREIRA
Dirección:	CRA 16 25 59 LOS ROBLES	**Teléfono:**	3106502094
EPS:	SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	**ARL:**	NO REFIERE
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	CONTRATISTA
Sede:	CONSULTORIO	**Empresa contratante:**	PARTICULAR
Actividad Economica:			

TIPO EXAMEN: INGRESO
FECHA EXAMEN: 2025-10-17 08:44:55
ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

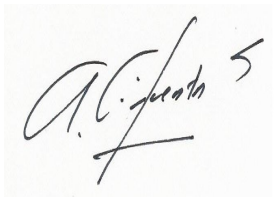
EXAMENES REALIZADOS

1. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

CONCEPTO

SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL SATISFACTORIA . ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR . NO TIENE RESTRICCIONES LABORALES .

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1843 de 2025.
Declaro que he recibido información clara sobre el examen ocupacional y doy mi consentimiento para su realización (Ley 23 de 1981 Art. 15).
Asi mismo declaro que he suministrado al médico información clara, veraz y completa sobre mi estado de salud y no he omitido ninguna información importante (Decreto 1295 de 1994 Art. 22).



ALBERTO CIFUENTES SANCHEZ
10091470
RM: LPSST 861-19
Firma y sello del médico evaluador

GABRIEL ADOLFO BETANCOURT TOVAR
Documento: 10000164
Firma del trabajador