

	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	MEÑEZ	RAMIREZ	CARLOS	MARIO
	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO	DIRECCION	TELEFONO
	CC	94407650	MZ 19 CASA 4 MONTELIBANO	3218778634

FECHA REALIZACION	CIUDAD	TIPO DE EXAMEN
08/03/2016	PEREIRA	INGRESO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO
ALCALDIA DE PEREIRA	CONTRATISTA

CONCEPTO

APTO PARA EL CARGO ☒ APTO CON RECOMENDACIONES ☐ APTO CON RESTRICCIONES ☐ APLAZADO ☐
 APTO PARA ALTURAS ☐ APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS ☐

TIPO DE RESTRICCIONES, LIMITACIONES O MOTIVO DE APLAZAMIENTO

OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES

EDUCACION EN HIGIENE POSTURAL

REMITIR A:

EPS ☐ ARL ☐ OTRO ☐

INSCRIBIR EN:

PROGRAMAS ☐ SVE : AUDITIVO ☐ SVE : VISUAL ☐
 SVE : RESPIRATORIO ☐ SVE : OSTEOMUSCULAR ☐ SVE : CARDIOVASCULAR ☐

EN CONCORDANCIA CON EL ART. 22 ORDENAL B DEL DECRETO. 1295 DE 1994, EL/LA ASPIRANTE O TRABAJADOR DECLARA QUE HA SUMINISTRADO INFORMACION CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD.

<p align="center">MÉDICO</p> <p align="center"><i>Alvaro Moreno C.</i> Dr. Alvaro Moreno C. SALUD PÚBLICA T.P. 0375 - 78 3650-09 R LPSSO 03759-09 R</p> <p align="center">PROFESIONAL : ALVARO MORENO REGISTRO MÉDICO : RM 3650 - 78 LPSSO 03799-09 R</p>	<p align="center">ASPIRANTE O TRABAJADOR</p> <p align="center"><i>CARLOS MARIO MENDEZ R.</i> NOMBRE : CARLOS MARIO MENDEZ RAMIREZ DOCUMENTO : 94407650</p>
--	---