

## DATOS DEL PACIENTE

Bogotá D.C, 07/dic./2016 02:01 pm

**Nombres:** CINDY YAMILE MORENO CASTEBLANCO  
**Tipo de Documento:** CC Documento 1054801002  
**Sexo:** F F. **Nacimiento:** 16/oct./1988 **Edad:** 28.1 años  
**Entidad:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E **Cargo:** ENFERMERA JEFE



## CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de **INGRESO**, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

|   |                                                           |    |   |
|---|-----------------------------------------------------------|----|---|
| 1 | APTO (A) FISICA Y MENTALMENTE PARA EL CARGO               | Si | X |
| 2 | APTO (A) CON PATOLOGIAS QUE NO INTERFIEREN CON SU FUNCION | Si |   |
| 3 | CON RESTRICCION TEMPORAL PARA EL CARGO (APLAZADO)         | Si |   |
| 4 | CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO                    | Si |   |

**Tipo de Restriccion:** NINGUNA  
**Duración:**

### Recomendaciones:

|                                                                     |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                            | Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.                                 |
| <input type="checkbox"/>                                            | Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:       |
| <input type="checkbox"/>                                            | Nutricionales - Cambios de estilo de Vida                           |
| <input type="checkbox"/>                                            | Consulta optometria para formula de trastorno refractivo            |
| X                                                                   | Otras: PAUSAS ACTIVAS YD E RELAJACION HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA |
| <b>Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica</b> |                                                                     |
| C.VISUAL                                                            | C.AUDITIVO                                                          |
| R.BIOMECANICO                                                       | NUTRICIONAL                                                         |
| RIESGO QUIMICO                                                      | PREVENCION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS                        |
|                                                                     | CARDIOVASCULAR                                                      |
|                                                                     | NO                                                                  |

### Exámenes Realizados:

|                 |   |                               |                 |                |                        |
|-----------------|---|-------------------------------|-----------------|----------------|------------------------|
| Medico          | X | Osteomuscular énfasis Espalda | Optometria      | Agudeza Visual | Visiometria            |
| Espirometría    |   | Audiometría                   | Frotis Garganta | RH             | Coprológico            |
| Glucosa         |   | Hemograma                     | Serología       | P. Alcohol     | P. de O                |
| E.K.G.          |   | Manipulación de Alimentos     | Vacuna Tétanos  | Drogas         | Baciloscopia (BK)      |
| Perfil Lipidico |   | Psicométrico                  | F. Hepatica     | Alturas        | Enfasis Cardiovascular |
|                 |   |                               |                 | Creatinina     |                        |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omision o falsedad sera causa justa de finalizacion del contrato.

**ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ REG. SO 1010**  
 Bogotá D.C, 07/dic./2016 02:01 pm

*Dra. Julie Pauline Zapata V.*  
 Gerencia en S.V.  
 R.M. *Unidad del Rosario*  
 Especialista, Salud Ocupacional

*Cindy Moreno*  
 Firma Examinado  
 C.C. No 1054801002



\* BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL  
 Calle 19 No. 3-50 Piso 12 Edificio Barichara  
 Tels.: (+57) 281 4505 - 286 5893 - 286 5382

SEDE CENTRO  
 Cra. 5 No. 19-08  
 Tels.: (+57) 287 6429 - 342 4934

SEDE OCCIDENTE  
 Av. Coa. 68 No. 17-82  
 Tels.: (+57) 447 9068 - 447 1403 - 414 6387

SEDE BARRANQUILLA  
 Cra. 518 No. 94-334  
 Centro Medico Vital - Consultorio 504  
 Tels.: 311 664 7338

SEDE NORTE  
 Autopista Norte No. 83-29  
 Tels.: (+57) 805 1875 - 610 5775 - 610 5771

SEDE SUR  
 Autopista Sur (Transversal, 35) No. 32B - 42 Sur,  
 Villamayor Tels.: (+57) 458 5819 - 203 9694

VILLAVICENCIO  
 Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzal Alto  
 Tels.: (+57) 674 0916 - 674 0915

SEDE ZONA FRANCA  
 Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Business Center  
 Interior 141 - Oficina 408

CARTAGENA DE INDIAS  
 Calle 32 No. 9-45 La Matuna piso 7, Antioqueño  
 Banco Del Estado Tels.: (+57) 680 0152 - 660 0807

BUENAVENTURA  
 Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacifico  
 Trade Center Tels.: (+57) 240 4734 - 240 2055

MEDELLIN  
 Carrera 80 No. 44 B - 91 Barrio La América  
 Tels.: (+57) 412 1145 - 412 7013

CALI  
 Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versalles  
 Tels.: (+57) 380 9956 - 382 7337

\* SEDE CERTIFICADA

www.cendiatra.com