



**DATOS PACIENTE**

|                                         |                                |                       |            |
|-----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------|
| <b>Nombres:</b>                         | ASTRID DEL PILAR SUAREZ CUEVAS |                       |            |
| <b>Tipo de Documento:</b>               | CC Documento                   | 51815969              |            |
| <b>Sexo</b>                             | F                              | <b>F. Nacimiento:</b> | 17/11/1961 |
| <b>Entidad:</b>                         | PARTICULAR/OCCIDENTE           |                       |            |
| <b>Edad:</b>                            | 56 Años                        |                       |            |
| <b>Centro de Costo:</b>                 | N/A                            |                       |            |
| <b>Cargo:</b>                           | TRABAJADORA SOCIAL             |                       |            |
| <b>Fecha de Atención:</b>               | 2018-09-20                     |                       |            |
| <b>Fecha y Hora entrega resultados:</b> | 20/09/2018 1.28 PM             |                       |            |

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

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

APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**Tipo de Restricciones ó Limitaciones:**

NO TIENE

**Recomendaciones:**

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

**Exámenes Realizados:**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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.  
Hago constar que recibí copia de este documento.

**ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):** ZULMA YAMILE QUIMBAYO **RM: LIC 4453**

Firma y sello del Médico Evaluador

ASTRID DEL PILAR SUAREZ CUEVAS  
C.C 51815969  
Firma del trabajador Evaluado

\* BOGOTA SEDE PRINCIPAL  
Calle 19 No. 3-56 Edificio Barichara  
Tel: (+1) 281 4505 - 280 5893 - 280 5382

SEDE SUR  
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur,  
Villamayor Tel: (+1) 453 5819 - 203 9894

SEDE CENTRO  
Cra. 5 No. 19-08  
Tels: (+1) 292 9429 - 342 4934

SEDE OCCIDENTE  
Av. Cra. 88 No. 17-52  
Tels: (+1) 447 0038 - 447 1401 - 414 6387

SEDE OCCIDENTE  
Av. Cra. 88 No. 17-52  
Tels: (+1) 414 6387 - 280 84

SEDE NORTE  
Autopista Norte No. 83-29  
Tels: 605 1875 - 610 57 71

SEDE NORTE 2  
Autopista Norte No. 83-66  
Tels: (+1) 257 9325 - 259 2962

SEDE ZONA FRANCA  
Carrera 109 No. 19 A - 25 Edificio Business Center  
Interior 141 - Oficina 408

BUCARAMANGA  
Calle 55 No 91 - 113, Barrio Antiguo Campestre,  
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 28 37

VILLAVICENCIO  
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzal Alto  
Tel: (+6) 674 0918 - 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS  
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,  
Calle 52 No 208 - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA  
Carrera 518 No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital



SANTA MARTA  
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico  
Pertas del Caribe, Tel: (+5) 421 48 44 - 421 65

BUENAVENTURA  
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific  
Trader Center Tel: (+2) 240 4734 - 240 2055

MEDELLIN  
Carrera 80 No. 44 B-01 Barrio la America  
Tels: (+4) 412 1145 - 410 7011

CALI  
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versalles  
Tel: (+2) 380 8956 - 382 7337