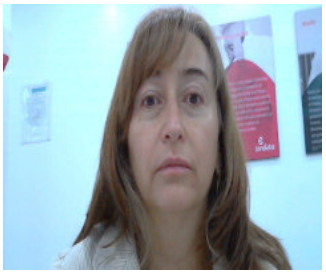
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA CAJICA	**DIRECCIÓN**	Carrera 5 # 9 - 26 Complejo Medico Sabana Park
TELÉFONO	879 3655 - 879 3664	**EMAIL**	citas.cajica@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-02-17	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	BELLANITH CELIS VERGARA			Identificación CC	Nro 52623266
Fecha de Nacimiento	1974-06-22	**Edad**	47	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/CAJICA				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2022-02-17 07:20:19	**Fecha Salida**	2022-02-17 07:36:40		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

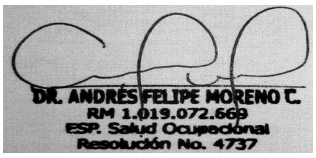
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION OPTOMETRICA	SI
	Observaciones: CONTROL VISUAL ANUAL
OTRAS:	NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, 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.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



ANDRES FELIPE MORENO CASTILLO
RM: 1019072669
Firma y sello del médico

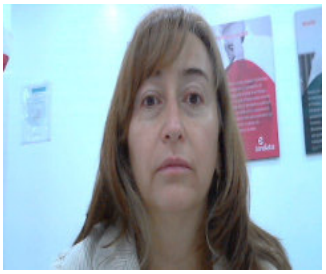
BELLANITH CELIS VERGARA
CC 52623266
Firma del trabajador

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA CAJICA	**DIRECCIÓN**	Carrera 5 # 9 - 26 Complejo Medico Sabana Park
TELÉFONO	879 3655 - 879 3664	**EMAIL**	citas.cajica@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2022-02-17	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	BELLANITH CELIS VERGARA			Identificación CC	Nro 52623266
Fecha de Nacimiento	1974-06-22	**Edad**	47	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR/CAJICA				
Cargo	CONTRATISTA				
Fecha Ingreso	2022-02-17 07:20:19	**Fecha Salida**	2022-02-17 07:36:40		

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL	GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
TRIGLICERIDOS	

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

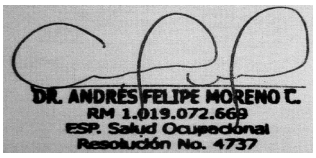
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI
VALORACION OPTOMETRICA	SI
	Observaciones: CONTROL VISUAL ANUAL
OTRAS:	NO PRESENTA

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS	NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, 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.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



ANDRES FELIPE MORENO CASTILLO
RM: 1019072669
Firma y sello del médico

BELLANITH CELIS VERGARA
CC 52623266
Firma del trabajador

377009 119358

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

1



CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

EMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.

Paciente: BELLANITH CELIS VERGARA — **Género** FEMENINO
Identificación CC 52623266 — **Fecha de Nacimiento** 22/06/1974 — **Edad Actual** 45 A
Dirección CARR 4 B NO 06-8 — **Telefono** 3223081242
Aseguradora SALUD OCUPACIONAL PARTICULAR — **Fecha Ingreso** 04/02/20 12:36

DATOS DEL TRABAJADOR /ASPIRANTE

Fecha del Examen	Ciudad	Tipo de Examen	Otro
04/02/2020	CAJICA - CUNDINAMARC	Ingreso	

Razon social de la empresa que lo contrato o contratara: SALUD OCUPACIONAL PARTICULAR
Razon social de la empresa en que laborá, laborará o laboró: INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y TURISMO DE CAJICA
Cargo: COORDNADORA CULTURA
Area o Sede: EVENTOS

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

Dermatologico	Osteomuscular	Riesgo vascular	Manipulador de alimentos	Alturas	Otro? Cual?
	X				

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

Apto sin restricciones para el cargo	Apto para trabajo en alturas	Aplazado
X Apto con recomendaciones para el cargo	Apto para trabajo en espacios confinado	Motivo de aplazamiento
Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo	Apto para manipular alimentos	

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

ALTERACION DE PESO SE RECOMIENDA DIETA Y EJERCICIO

ALTERACION VASCULAR EN MIEMBROS INFERIORES SE RECOMIENDA EL USO MEDIAS ANTIVARICE

REQUISITOS DE SALUD

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	SI	NO	Aplazado	No aplica	X
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:	SI	NO	X		

El concepto de aptitud se definio a partir de los siguientes exámenes practicados:

X Examen Médico	Examen Radiologico	
Audiometría	¿Cuál(es)?	
Espirometría		
Optometría		
Electrocardiograma	Exámenes de Laboratorio	
Exámen Psicosensometrico	¿Cuál(es)?	
Otro? Cual?		

CONDUCTA

- Remision a EPS para estudio y/o tratamiento de patologia diagnostica
- Continuar manejo actual y control por EPS
- Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS
- Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento
- Asistir a programas de promoción y prevención EPS
- Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos

Amplie su conducta

EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES

X	Examen Ocupacional Anual	X	Higiene postural	X	Uso de elemntos de proteccion personal	X	Pausas Activas
	Reingreso laboral		Reubicación		Rehabilitación profesional		
	Otro? Cual?						

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Articulo 10 - Minprotección)

MAURICIO ALBERTO GONZALEZ MARÍN
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro Médico 25-3812
Lic. Ocupacional 3741- 03/06/2016
C.C. 79.154.924 de Bogotá

MEDICO

Firma

MAURICIO GONZALEZ MARIN

Registro Médico
25-3812

Licencia salud ocupacional
L.O 3741/16

ASPIRANTE O TRABAJADOR

Firma

BELLANITH CELIS VERGARA

Documento de identidad
CC 52623266

