

| | | | |
|------------------------|--------------------|-----------------------|--|
| SEDE | CENDIATRA NORTE 86 | DIRECCIÓN | Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86 |
| TELÉFONO | 7680025 - 3904798 | EMAIL | - 65 , Barrio Polo Club citas.norte86@cendiatra.com |
| FECHA DE EXAMEN | 2021-09-11 | TIPO DE EXAMEN | PREINGRESO |

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Nombres y Apellidos | JULIETH VIVIANA VELEZ CHAVES | Identificación CC Nro | 53107126 |
| Fecha de Nacimiento | 1985-03-13 | Edad | 36 |
| Sexo | F | | |
| Empresa | PARTICULAR/NORTE | | |
| Cargo | TERAPEUTA OCUPACIONAL | | |
| Fecha Ingreso | 2021-09-11 10:00:57 | Fecha Salida | 2021-09-11 10:07:24 |

EXAMENES REALIZADOS

| | |
|-----------------------|--|
| ENFASIS OSTEOMUSCULAR | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO |
| EXAMEN OPTOMETRICO | |

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA

SI

Observaciones:

CONTROL ANUAL

NO PRESENTA

OTRAS:

INGRESO_PROGRAMA_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

NO PRESENTA

OTROS

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.



Dra. T. Johanna Yepes G.
Médico Especialista RL/SST
Licencia No. 6147

TARIN JOHANNA YEPES GUERRERO

RM: 52140749

Firma y sello del médico



JULIETH VIVIANA VELEZ CHAVES

CC 53107126

Firma del trabajador