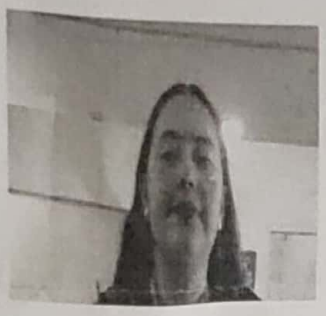
Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Cendiatra

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SEDE** | CENDIATRA ZONA FRANCA | **DIRECCIÓN** | Carrera 106 No. 15 A - 25 Manzana 24 Edificio Bussines Center Off 408 |
| **TELÉFONO** | 7443001 | **EMAIL** | citas.zonafranca@cendiatra.com |
| **FECHA DE EXAMEN** | 2023-01-02 | **TIPO DE EXAMEN** | PREINGRESO |



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | KATHERIN VIVIANA LIZARAZO BASTIDAS | | | Identificación CC | Nro 1072699824 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1993-06-21 | **Edad** | 29 | **Sexo** | F |
| **Empresa** | CLIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-01-02 14:11:06 | **Fecha Salida** | 2023-01-02 14:14:17 | | |

## EXAMENES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR — EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

### CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

### RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA — SI
Observaciones:
DIETA Y EJERCICIO

VALORACION OPTOMETRICA — SI
Observaciones:
CONTROL OPTOMETRIA ANUAL POR EPS

OTRAS: — SI
Observaciones:
PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL.

### SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_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.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

Andrés Camilo Rivera Paez
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Lic. S.O. 4925/09052017
R.M. 1024491478

ANDRES CAMILO RIVERA PAEZ
RM: 1024491478
Firma y sello del médico

KATHERIN VIVIANA LIZARAZO BASTIDAS
CC 1072699824
Firma del trabajador