Cendiatra

# 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: contactenos@cendiatra.com

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SEDE** | CENDIATRA NORTE 86 | **DIRECCIÓN** | Bogotá D.C. Autopista Norte No. 86 - 65 , Barrio Polo Club |
| **TELÉFONO** | 7680025 - 3904798 | **EMAIL** | citas.norte86@cendiatra.com |
| **FECHA DE EXAMEN** | 2023-01-31 | **TIPO DE EXAMEN** | PREINGRESO |

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | MAIRA MERCEDES RUBIO URBINA | | Identificación CC | Nro 60376223 | |
| **Fecha de Nacimiento** | 1976-11-01 | **Edad** | 46 | **Sexo** | F |
| **Empresa** | PACIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | CONTADORA | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-01-31 15:36:33 | **Fecha Salida** | 2023-01-31 15:39:25 | | |

## EXAMENES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO_DE_APTITUD**

CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**RECOMENDACIONES**

OTRAS: — NO PRESENTA

**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.

Dra. T. Johanna Yepes G.
Médico Laboralista No.5021
Licencia No. 5147

TARIN JOHANNA YEPES GUERRERO
RM: 52140749
Firma y sello del médico

MAIRA MERCEDES RUBIO URBINA
CC 60376223
Firma del trabajador

Cendiatra Ltda. Bogotá