



Cendiatra

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1207 y 1203  
Teléfono: (57 1) 7443001  
Web: [www.cendiatra.com](http://www.cendiatra.com)  
Email: [cendiatra@cendiatra.com](mailto:cendiatra@cendiatra.com)

|                 |               |                |  |
|-----------------|---------------|----------------|--|
| SEDE            | CENDIATRA SUR | DIRECCIÓN      | Autopista Sur (Transversal 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor |
| TELÉFONO        |               | EMAIL          | <a href="mailto:citas.sur@cendiatra.com">citas.sur@cendiatra.com</a> |
| FECHA DE EXAMEN | 2022-03-15    | TIPO DE EXAMEN | PREINGRESO   |

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



|                     |  |                   |                     |
|---------------------|--|-------------------|---------------------|
| Nombres y Apellidos | MARIA DE LOS ANGELES MANTILLA BERMUDEZ | Identificación CC | Nro 41942332        |
| Fecha de Nacimiento | 1978-02-21                             | Edad              | 44                  |
| Sexo                | F                                      |                   |                     |
| Empresa             | PARTICULAR/SUR                         |                   |                     |
| Cargo               | TECNICO ADMINISTRATIVO NIVEL II        |                   |                     |
| Fecha Ingreso       | 2022-03-15 14:43:10                    | Fecha Salida      | 2022-03-15 14:44:10 |

## EXAMENES REALIZADOS

### EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

#### CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

#### RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

SI

VALORACION OPTOMETRICA

SI

Observaciones:

CONTROL OPTOMETRICO ANUAL

NO PRESENTA

OTRAS:

#### INGRESO PROGRAMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CONDICION VISUAL

SI

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.

*Kimberlyn Medina Sánchez*  
Kimberlyn Medina Sánchez  
1026562375  
Médico Especialista Salud  
Ocupacional  
Resolución N° 9053 de 2016

KIMBERLYN MEDINA SANCHEZ

RM: 1026562375

Firma y sello del médico

*Maria de los Angeles Mantilla Bermudez*

MARIA DE LOS ANGELES MANTILLA BERMUDEZ

CC 41942332

Firma del trabajador