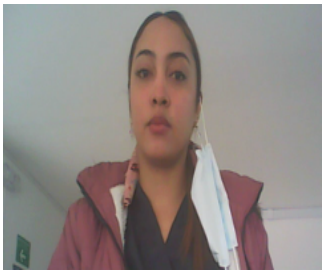
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

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	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-07-05	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ	Identificación CC	Nro 1045751540		
Fecha de Nacimiento	1998-04-15	**Edad**	25	**Sexo**	F
Empresa	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA				
Cargo	NUTRICIONISTA				
Fecha Ingreso	2023-07-05 07:54:18	**Fecha Salida**	2023-07-05 10:07:31		

EXAMENES

EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
COPROLOGICO
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+
FROTIS FARINGEO

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA — SI
Observaciones:
ANUAL

OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS — NO PRESENTA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la resolución 1995 de 1999, resolución 2346 de 2007, resolución 1918 de 2009 las demás normas complementarias. Atendiendo los parámetros definidos en el manual de operaciones. Empresas de transporte: SITP de Transmilenio y la resolución 217 de 2014 del ministerio de transporte.

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.

DIANA FERNANDA MENDOZA G.
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RM 1049626848
RESOLUCIÓN 542/2022

DIANA FERNANDA MENDOZA GALINDO
RM: 1049626848
Firma y sello del médico

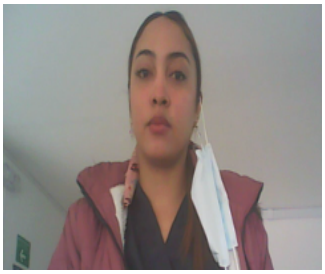
JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ
CC 1045751540
Firma del trabajador

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

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	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	citas.norte1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-07-05	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ			Identificación CC	Nro 1045751540
Fecha de Nacimiento	1998-04-15	**Edad**	25	**Sexo**	F
Empresa	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA				
Cargo	NUTRICIONISTA				
Fecha Ingreso	2023-07-05 07:57:54	**Fecha Salida**	2023-07-05 10:07:41		

EXAMENES

EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
COPROLOGICO	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+
FROTIS FARINGEO	

CONCEPTO_DE_APTITUD

APTITUD ALIMENTOS	APTO(A) PARA MANIPULAR ALIMENTOS

OBSERVACIONES_Y_RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES	NO PRESENTA
RECOMENDACIONES	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.

DIANA FERNANDA MENDOZA G.
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RM 1049626848
RESOLUCIÓN 542/2022

DIANA FERNANDA MENDOZA GALINDO
RM: 1049626848
Firma y sello del médico

JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ
CC 1045751540
Firma del trabajador