# 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

Cendiatra

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SEDE** | CENDIATRA CALI | **DIRECCIÓN** | Calle 18 Nº 4N - 47 Barrio Versalles |
| **TELÉFONO** | 3827 337 - 3809 956 | **EMAIL** | cali@cendiatra.com |
| **FECHA DE EXAMEN** | 2023-10-30 | **TIPO DE EXAMEN** | PREINGRESO |

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | JOHN JAIRO CABEZAS | | | Identificación CC | Nro 94431476 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1975-04-24 | **Edad** | 48 | **Sexo** | M |
| **Empresa** | CLIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-10-30 07:35:42 | **Fecha Salida** | 2023-10-30 07:38:17 | | |

**EXAMENES**

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 SALUDABLE, EJERCICIO REGULAR, HIGIENE POSTURAL Y MANTENER UN PESO SALUDABLE EN CONTROL CON EPS.

OTRAS: NO PRESENTA

**SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA**

CARDIOVASCULAR — SI

OTROS — NO PRESENTA

La presente certificación se expide con 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 y Resolución 217 de 2014.

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.




**JHON FREDY FLOREZ OTERO**
**RM: 16835199**
***Firma y sello del médico***

**JOHN JAIRO CABEZAS**
**CC 94431476**
***Firma del trabajador***

Powered by CamScanner