# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SEDE** | CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN** | Autopista Sur Transv. 35 No. 36 - 40 |
| **TELÉFONO** | 7443001 | **EMAIL** | citas.sur@cendiatra.com |
| **FECHA DE EXAMEN** | 2023-02-08 | **TIPO DE EXAMEN** | PREINGRESO |

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | JHON CARLOS USECHE RUBIANO | | | Identificación CC | Nro 11229348 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1983-07-28 | **Edad** | 39 | **Sexo** | M |
| **Empresa** | PACIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-02-08 12:48:12 | **Fecha Salida** | 2023-02-08 12:49:32 | | |

**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

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. Kimberlyn Medina Sanchez
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Res. No 9253 de 08/06/2021

**KIMBERLYN MEDINA SANCHEZ**
**RM: 1026562375**
**Firma y sello del médico**

**JHON CARLOS USECHE RUBIANO**
**CC 11229348**
**Firma del trabajador**