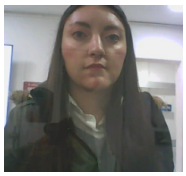
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA CENTRO
DIRECCIÓN: Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980
EMAIL: citas.centro@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-01-29

Nombres y apellidos: ANGIE DANIELA CAMACHO CLAVIJO **CC:** 1233896738
Fecha de nacimiento: 08/03/1998 **Edad:** 25 **Sexo:** FEMENINO
Empresa: PARTICULAR **Fecha ingreso:** 2024-01-29 / 06:51:56
Empresa usuaria: **Fecha salida:** 2024-01-29 / 06:51:56
Cargo: CONTRATISTA



EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

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. 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 del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Cesar Zambrano

CESAR ADOLFO ZAMBRANO MARTINEZ
RM: 1192803570
Firma y sello del médico

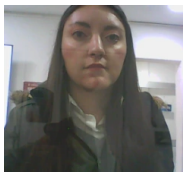
Daniela Camacho

ANGIE DANIELA CAMACHO CLAVIJO
CC: 1233896738
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA CENTRO
DIRECCIÓN: Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980
EMAIL: citas.centro@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2024-01-29

Nombres y apellidos: ANGIE DANIELA CAMACHO CLAVIJO
CC: 1233896738
Fecha de nacimiento: 08/03/1998
Edad: 25 **Sexo:** FEMENINO
Empresa: PARTICULAR
Fecha ingreso: 2024-01-29 / 06:51:56
Empresa usuaria:
Fecha salida: 2024-01-29 / 06:51:56
Cargo: CONTRATISTA



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

CESAR ADOLFO ZAMBRANO MARTINEZ
RM: 1192803570
Firma y sello del médico

ANGIE DANIELA CAMACHO CLAVIJO
CC: 1233896738
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.