Cendiatra

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirección: CALLE 13 No. 3-38 a 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

| | | | |
|---|---|---|---|
| SEDE | CENDIATRA CENTRO | DIRECCIÓN | Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes |
| TELÉFONO | 2826429 - 3424934 | EMAIL | citas.centro@cendiatra.com |
| FECHA DE EXAMEN | 2023-07-15 | TIPO DE EXAMEN | PREINGRESO |

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO | | | Identificación CC | Nro 55300403 |
| **Fecha de Nacimiento** | 1983-07-03 | **Edad** | 40 | **Sexo** | F |
| **Empresa** | PACIENTE OCASIONAL | | | | |
| **Cargo** | CONTRATISTA | | | | |
| **Fecha Ingreso** | 2023-07-15 08:43:11 | **Fecha Salida** | 2023-07-15 08:43:59 | | |

## 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 |
| OTRAS: | NO PRESENTA |

**SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA**

| | |
|---|---|
| CARDIOVASCULAR | SI |
| 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

Cesar Zambrano

CESAR ADOLFO ZAMBRANO MARTINEZ
RM: 119283570
Firma y sello del médico

AMELIA ROSA FARFAN TOLEDO
CC 55300403
Firma del trabajador