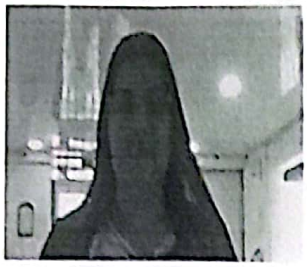
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

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 OCCIDENTE 2	**DIRECCIÓN**	Av. Cra. 68 No. 17 - 96, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-07-19	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	DIANA CAROLINA DIAZ VEGA			Identificación CC	Nro 1022410956
Fecha de Nacimiento	1995-12-14	**Edad**	27	**Sexo**	F
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	MEDICA VETERINARIA				
Fecha Ingreso	2023-07-19 11:38:51	**Fecha Salida**	2023-07-19 11:44:51		

EXAMENES

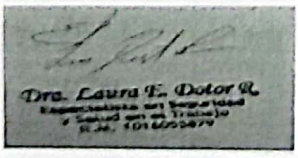
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO	VISIOMETRIA
CONCEPTO_DE_APTITUD	
CONCEPTO DE APTITUD	APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES	
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA	SI Observaciones: CUIDADOS ALIMENTARIOS / CONTROL DE PESO
VALORACION OPTOMETRICA	SI Observaciones: CONTROL ANUAL OPTOMETRIA
OTRAS:	NO PRESENTA
SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA	
CONDICION VISUAL	SI
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.



LAURA ESTEFANIA DOTOR RODRIGUEZ
RM: 1016055879/Exp.1526 10/05/2022
Firma y sello del médico

DIANA CAROLINA DIAZ VEGA
CC 1022410956
Firma del trabajador

Powered by CamScanner