Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



**DATOS PACIENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres:** | CARLOS JAVIER MUÑOZ FERNANDEZ | | |
| **Tipo de Documento:** | CC **Documento** | 16535351 | |
| **Sexo** M **F. Nacimiento:** | 19/10/1981 | **Edad:** | 37 Años |
| **Entidad:** | FINANZAS Y ACTUARIA FINAC S.A.S | | |
| **Centro de Costo:** | N/A | | |
| **Cargo:** | INGENIERO DE DESARROLLO | | |
| **Fecha de Atencion:** | 2019-04-10 | | |
| **Fecha y Hora entrega resultados:** | 02/09/2019 12:28 PM | | |

## CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
**Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009**

Realizado la valoración Médico Ocupacional de PRE INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**Tipo de Restricciones ó Limitaciones:**

NO TIENE

**Recomendaciones:**

OTRAS: CONTROL MEDICO ANUAL -EJERCICIO REGULAR - TAMIZAJES PREVENTIVOS ANUALES - PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS

**Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica:**

**Exámenes Realizados:**

| | | |
|---|---|---|
| AUDIOMETRIA TAMIZ | E. OSTEOMUSCULAR | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO |
| VISIOMETRIA | | |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, 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.
Hago constar que recibí copia de este documento.

**ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):** ANA MARIA ALVAREZ GORDILLO RM 11-3194/93

CC 31282894
ANA MARIA ALVAREZ G.
REG. MEDICO 11-3194/93
LICENCIA S.O. No 7346-13

Firma y sello del Medico Evaluador

CARLOS JAVIER MUÑOZ FERNANDEZ
C.C. 16535351
Firma del trabajador Evaluado