Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014146397 - 6014146387 **EMAIL:**citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-13

Nombres y apellidos:GALIA VANESSA TORRES MARTINEZ **CC:**1068927248
Fecha de nacimiento:13/03/1989 **Edad:**36 **Sexo:**FEMENINO
Empresa:PARTICULAR **Fecha ingreso:**2026-01-13 / 01:51:21
Empresa usuaria: **Fecha salida:**2026-01-13 / 02:07:15
Cargo:CONTRATISTA **Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS
Departamento:BOGOTÁ D.C. **EPS:**E.P.S. SANITAS S.A.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
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.



LAURA ALEJANDRA SANTANA DAZA
CC: 1030622439
RM: 1030622439
LIC-SST: 20437
Firma y sello del médico



GALIA VANESSA TORRES MARTINEZ
CC: 1068927248
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014146397 - 6014146387 **EMAIL:**citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-13

Nombres y apellidos:GALIA VANESSA TORRES MARTINEZ **CC:**1068927248
Fecha de nacimiento:13/03/1989 **Edad:**36 **Sexo:**FEMENINO
Empresa:PARTICULAR **Fecha ingreso:**2026-01-13 / 01:51:21
Empresa usuaria: **Fecha salida:**2026-01-13 / 02:07:15
Cargo:CONTRATISTA **Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS
Departamento:BOGOTÁ D.C. **EPS:**E.P.S. SANITAS S.A.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR



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

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL



LAURA ALEJANDRA SANTANA DAZA
CC: 1030622439
RM: 1030622439
LIC-SST: 20437
Firma y sello del médico



GALIA VANESSA TORRES MARTINEZ
CC: 1068927248
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.