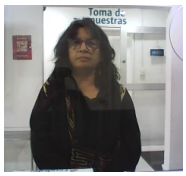
## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**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:** 2024-09-24

**Nombres y apellidos:** YENNIFER RODRIGUEZ RESTREPO
**CC:** 52226238
**Fecha de nacimiento:** 10/02/1975
**Edad:** 49 **Sexo:** FEMENINO
**Empresa:** PARTICULAR
**Fecha ingreso:** 2024-09-24 / 11:00:37
**Empresa usuaria:**
**Fecha salida:** 2024-09-24 / 11:00:37
**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:

CARDIOVASCULAR:

**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.

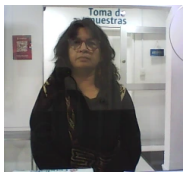
CESAR ADOLFO ZAMBRANO
MARTINEZ
RM: 1192803570
Firma y sello del médico

YENNIFER RODRIGUEZ
RESTREPO
CC: 52226238
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:** 2024-09-24

**Nombres y apellidos:** YENNIFER RODRIGUEZ RESTREPO
**CC:** 52226238
**Fecha de nacimiento:** 10/02/1975
**Edad:** 49 **Sexo:** FEMENINO
**Empresa:** PARTICULAR
**Fecha ingreso:** 2024-09-24 / 11:00:37
**Empresa usuaria:**
**Fecha salida:** 2024-09-24 / 11:00:37
**Cargo:** CONTRATISTA




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

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

YENNIFER RODRIGUEZ RESTREPO
CC: 52226238
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.