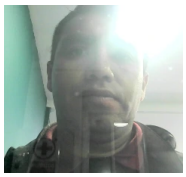
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA SUR 2 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:2039694 **EMAIL:**citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2025-09-19

Nombres y apellidos:ABRAHAM DIAZ DIAZ
Fecha de nacimiento:31/05/1982
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTOR
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:NO REFIERE

CC:80732218
Edad:43 **Sexo:**MASCULINO
Fecha ingreso:2025-09-19 / 08:20:56
Fecha salida:2025-09-19 / 03:36:20
Actividad Económica:9609 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.
EPS:SALUD TOTAL S.A. E.P.S.



EXÁMENES REALIZADOS

- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- PSICOMETRICO
- HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
- EVALUACION DE VOZ
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN OPTOMETRICO
- PERFIL LIPIDICO
- ENFASIS CARDIOVASCULAR

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

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.

Dra. Julie Pauline Zapata V.
Gerencia en S.O.
Universidad del Rosario
Reg: SO1010

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
CC: 52814156
RM: 52814156
LIC-SST: 52814156
Firma y sello del médico

ABRAHAM DIAZ DIAZ
CC: 80732218
Firma del paciente