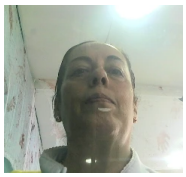
## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**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:**2025-10-27

**Nombres y apellidos:**ELOISA MESA ESPINOSA
**Fecha de nacimiento:**10/09/1967
**Empresa:**PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**ENFERMERA JEFE
**Departamento:**BOGOTÁ D.C.
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES

**CC:**51879126
**Edad:**58 **Sexo:**FEMENINO
**Fecha ingreso:**2025-10-27 / 02:23:36
**Fecha salida:**2025-10-27 / 02:29:07
**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS
**EPS:**E.P.S. SANITAS S.A.



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CARDIOVASCULAR:

**RECOMENDACIONES:**
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y EJERCICIO
OTRAS:: USO MEDIAS DE COMPRESIONL

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.




TATIANA MORA SALAZAR
CC: 1026291361
RM: 1026291361
LIC-SST: 24849
Firma y sello del médico

ELOISA MESA ESPINOSA
CC: 51879126
Firma del paciente

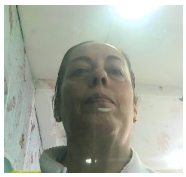
## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**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:**2025-10-27

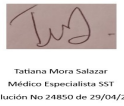
**Nombres y apellidos:**ELOISA MESA ESPINOSA
**Fecha de nacimiento:**10/09/1967
**Empresa:**PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**ENFERMERA JEFE
**Departamento:**BOGOTÁ D.C.
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES

**CC:**51879126
**Edad:**58 **Sexo:**FEMENINO
**Fecha ingreso:**2025-10-27 / 02:23:36
**Fecha salida:**2025-10-27 / 02:29:07
**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS
**EPS:**E.P.S. SANITAS S.A.



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

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y EJERCICIO
2. OTRAS:: USO MEDIAS DE COMPRESIONL




TATIANA MORA SALAZAR
CC: 1026291361
RM: 1026291361
LIC-SST: 24849
Firma y sello del médico

Eloisa Mesa E

ELOISA MESA ESPINOSA
CC: 51879126
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.