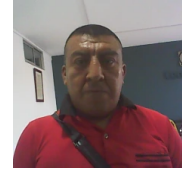


CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387**EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2025-12-26

Nombres y apellidos:JOSE MOISES CETINA TALADICHE
Fecha de nacimiento:27/02/1981
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:CONTRATISTA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PROTECCIÓN

CC:79923325
Edad:44 **Sexo:**MASCULINO
Fecha ingreso:2025-12-26 / 01:04:55
Fecha salida:2025-12-26 / 01:18:08
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.

**EXÁMENES REALIZADOS**

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VISIOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

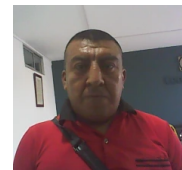
RECOMENDACIONES:

ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL NUTRICION
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: CONTROL ANUAL
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

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.

MARIA SOFIA CRUZ RODRIGUEZ
CC: 52313999
RM: 52313999
LIC-SST: 17761
Firma y sello del médico

JOSE MOISES CETINA TALADICHE
CC: 79923325
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES**SEDE:**CENDIATRA OCCIDENTE 2**DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial**CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ**TELÉFONO:**6014146397 - 6014146387**EMAIL:**citass.occidente2@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:**2025-12-26**Nombres y apellidos:**JOSE MOISES CETINA TALADICHE**Fecha de nacimiento:**27/02/1981**Empresa:**PARTICULAR**Empresa usuaria:****Cargo:**CONTRATISTA**Departamento:**BOGOTÁ D.C.**ARL:****Fondo de Pensiones:**PROTECCIÓN**CC:**79923325**Edad:**44 **Sexo:**MASCULINO**Fecha ingreso:**2025-12-26 / 01:04:55**Fecha salida:**2025-12-26 / 01:18:08**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS**EPS:**COMPENSAR E.P.S.

Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL NUTRICION
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

MARIA SOFIA CRUZ RODRIGUEZ
CC: 52313999
RM: 52313999
LIC-SST: 17761
Firma y sello del médico

JOSE MOISES CETINA TALADICHE
CC: 79923325
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO
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:2026-01-27

CC:79923325

Nombres y apellidos:JOSE MOISES CETINA TALADICHE

Fecha de nacimiento:27/02/1981

Edad:44 **Sexo:**MASCULINO **RH:**A +

Teléfono:3192975840

Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono acompañante:NO REFIERE

Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE

Teléfono responsable:NO REFIERE

Departamento:BOGOTÁ D.C.

ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fondo de Pensiones:PROTECCIÓN

Empresa:PARTICULAR

Empresa usuaria:
Cargo:CONTRATISTA

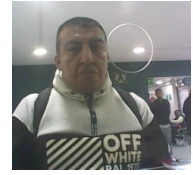
Fecha ingreso:27/01/2026

Fecha salida:27/01/2026

Parentesco del responsable:NO REFIERE

Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO

Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS

EPS:COMPENSAR E.P.S.

PERFIL LIPIDICO
COLESTEROL TOTAL
RESULTADO.CT
RESULTADO

266

UNIDAD DE MEDIDA

MG/DL

VALOR DE REFERENCIA

 DESEABLE: < 200 MG/DL,
INTERMEDIO ALTO: 200-
239 MG/DL, ALTO: IGUAL O
> 240 MG/DL

TRIGLICERIDOS
RESULTADO.TG

 763 DATO CONFIRMADO EN LA MISMA
MUESTRA

MG/DL

 NORMAL:<150MG/
INTERMEDIO:150 -
199MG/DL, ALTO:200 -
499MG/DL, MUY ALTO:
IGUAL O >500MG/DL

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
RESULTADO.HDL

35

MG/DL

NORMAL:>40 MG/DL

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
RESULTADO.LDL

78.4

MG/DL

 OPTIMO:<100 MG/DL,
CERCANO AL OPTIMO: 100
-129 MG/DL, INTERMEDIO
ALTO: 130 -159 MG/DL,
ALTO: 160 -189 MG/DL,
MUY ALTO: IGUAL O >190
MG/DL

ADJUNTAR RESULTADO
ADJUNTA FORMATO
SHIRLEY KARINA CACERES CACERES

RM: N/A

Firma y sello del médico