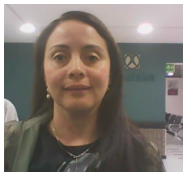
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

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:** 2024-05-02

Nombres y apellidos: JOHANA ANDREA RODRIGUEZ DIAZ **CC:** 52967448
Fecha de nacimiento: 31/01/1984 **Edad:** 40 **Sexo:** FEMENINO
Empresa: PARTICULAR **Fecha ingreso:** 2024-05-02 / 11:23:50
Empresa usuaria: **Fecha salida:** 2024-05-02 / 11:23:50
Cargo: ABOGADA



EXÁMENES REALIZADOS

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

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL
OTRAS:: USO DE LENTES CORRECTIVOS

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. Karla Canelon
MEDICA ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1094861739

KARLA LISBETH CANELON ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

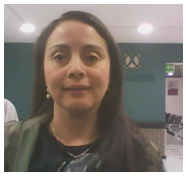
JOHANA ANDREA RODRIGUEZ DIAZ
CC: 52967448
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

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

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387 **EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-05-02

Nombres y apellidos: JOHANA ANDREA RODRIGUEZ DIAZ **CC:** 52967448
Fecha de nacimiento: 31/01/1984 **Edad:** 40 **Sexo:** FEMENINO
Empresa: PARTICULAR **Fecha ingreso:** 2024-05-02 / 11:23:50
Empresa usuaria: **Fecha salida:** 2024-05-02 / 11:23:50
Cargo: ABOGADA



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

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ANUAL
2. OTRAS:: USO DE LENTES CORRECTIVOS

Dra. Karla Canelon
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1094861739

KARLA LISBETH CANELON ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

JOHANA ANDREA RODRIGUEZ DIAZ
CC: 52967448
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.