



DATOS PACIENTE

Nombres:	KATHERIN YISELL GOMEZ CASTIBLANCO
Tipo de Documento:	CC Documento 1023926033
Sexo: F F. Nacimiento: 06/07/1993	Edad: 24 Años
Entidad:	SUBRED INTEGRADA - CONTRATISTA
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha de Atencion:	2017-07-04
Fecha y Hora entrega resultados:	13/12/2017 10.54 AM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

OTRAS: PAUSAS ACTIVAS, ALTERNAR POSICION PIE - SENTADO E HIGIENE POSTURAL

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, 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 halla lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):

CARLOS EDUARDO BERNAL RM: 86140/10
SIERRA

Carlos Eduardo Bernal Sierra
Carlos Eduardo Bernal Sierra
Médico Exp. Ocupación en Seguridad
y Salud en el Trabajo - F.I.M.A.
C.C.P. No. 25419 (2017) Exp. 25419 (2017)

Firma y sello del Médico Evaluador

Katherin Gomez

KATHERIN YISELL GOMEZ CASTIBLANCO
1023926033

C.C

Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50 Edificio Barichara
Tel. (+1) 281 4505 - 286 5893 - 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel. (+1) 458 5819 - 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels. (+1) 282 8429 - 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels. (+1) 447 0088 - 447 1401 - 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels. (+1) 4146397 - 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 53-29
Tels. 305 1875 - 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 53-89
Tels. (+1) 257 9325 - 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 - Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No. 31 - 113, Barrio Antiguo Campeste,
Tels. (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzai Alto
Tel. (+8) 674 0916 - 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No. 20B - 21 Piso 2 Tels. (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

ISO 9001:2008

BUREAU VERITAS
Certification

CO13.95823



SANTA MARTA
Calle 22 No. 14 - 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel. (+6) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel. (+2) 240 4734 - 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels. (+4) 412 1145 - 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versalles
Tel. (+2) 380 9958 - 382 7337

SEDE	CENDIATRA SUR	DIRECCIÓN	Autopista Sur (Transversal. 35) No. 32 B - 42 Sur, Barrio Villa Mayor
TELÉFONO		EMAIL	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-06-26	TIPO DE EXAMEN	OTROS



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	KATHERIN YISELL GOMEZ CASTIBLANCO	Identificación CC	Nro 1023926033
Fecha de Nacimiento	1993-07-06	Edad	26
Empresa	PARTICULAR/SUR	Sexo	F
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
Fecha Ingreso	2020-06-26 11:25:49	Fecha Salida	2020-06-26 11:25:56

DATOS EMPRESA

CARGO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
-------	------------------------

EVOLUCION

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	NO USA GAFAS
-----------------------	--------------

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS	20/60
OJO DERECHO	20/80
OJO IZQUIERDO	20/60
ESTEREOPSIS " SEG.	40
VISION CROMATICA	NORMAL
FORIA VERTICAL	NORMAL
FORIA LATERAL	NORMAL

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS	0.50 cm
OJO DERECHO	0.75 cm
OJO IZQUIERDO	0.50 cm
FORIA LATERAL	NORMAL

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	H521: Miopía
---------------	--------------

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	VALORACIÓN OPTOMETRIA ADAPTACIÓN DE GAFAS
-----------------	---

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO
----------------	----



Cendiatra

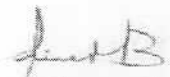
VISIONOMETRIA

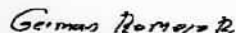
Fecha de Impresión: 2020/06/26

www.cendiatra.com

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.


Dra. Diana Moreno B.
Oftalmetra - U.I.E.
Reg. 3569



DIANA MORENO BALLESTEROS

RM: 1033720809

KATHERIN YISELL GOMEZ CASTIBLANCO

CC 1023926033