



**CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE  
INGRESO**

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203  
Teléfono: (57 1) 7443001  
Web: [www.cendiatria.com](http://www.cendiatria.com)  
Email: [contactenos@cendiatria.com](mailto:contactenos@cendiatria.com)

**Cendiatria**

**SEDE**  
**TELÉFONO**

CENDIATRA MANIZALEZ  
606 8928012

**DIRECCIÓN**  
**EMAIL**

CALLE 65 N 23B 29  
[citas.manizales@cendiatria.com](mailto:citas.manizales@cendiatria.com)

**FECHA DE EXAMEN**

2023-08-25

**TIPO DE EXAMEN**

PREINGRESO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



<b>Nombres y Apellidos</b>	JUAN PABLO GIRALDO CALDERON	Identificación CC	Nro 1053800551
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1990-01-01	<b>Edad</b>	33
<b>Empresa</b>	TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S		
<b>Cargo</b>	CONDUCTOR		
<b>Fecha Ingreso</b>	2023-08-25 09:09:05	<b>Fecha Salida</b>	2023-08-25 13:39:34

**EXAMENES**

AUDIOMETRIA TAMIZ  
ENFASIS OSTEOMUSCULAR  
PSICOSENSOMETRICO  
ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO  
GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD  
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO  
VISIOMETRIA  
DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA,COCAINA)

**CONCEPTO\_DE\_APTITUD**

CONCEPTO DE APTITUD APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**RECOMENDACIONES**

VALORACION OPTOMETRICA SI

OTRAS: NO PRESENTA

**SE\_SUGIERE\_CONTROL\_PROGRAMAS\_VIGILANCIA\_EPIDEMIOLOGICA**

CONDICION VISUAL SI  
OTROS NO PRESENTA

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 las demás normas complementarias. Atendiendo los parámetros definidos en el manual de operaciones. Empresas de transporte: SITP de Transmilenio y la resolución 217 de 2014 del ministerio de transporte.

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 de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presenta la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

*Daniel Felipe Calderón Galeano*  
Médico y Cirujano  
Esp. Medicina Laboral  
TP. 1053810731  
LPSST 2232-192

*Juan Pablo Giraldo*

DANIEL FELIPE CALDERON GALEANO  
RM: 1053810731  
Firma y sello del médico

JUAN PABLO GIRALDO CALDERON  
CC 1053800551  
Firma del trabajador



## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JUAN PABLO GIRALDO CALDERON	No. Documento	
Identificación	CC	Edad	1053800551
Fecha de Nacimiento	1990-01-01	Empresa	33 años 7 meses 27 días
Sexo	M		TRANSPORTES MULTIMODAL
Fecha toma	2023-08-25 08:35:00	Sede	GROUP S.A.S
			CENDIATRA MANIZALEZ

## ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	NO DETECTABLE	POSITIVO: MAYOR A 20 mg /100 MI
ANALISIS		

## GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	66	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126
ANALISIS			

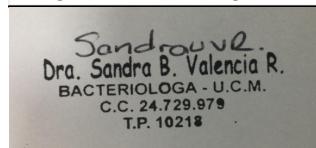
## DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA,COCAINA)

TITULO	RESULTADO
RESULTADO	REPORTE PANEL X 2 THC-COC ABON
ANALISIS	
UNIDAD DE MEDIDA	
VALOR DE REFERENCIA	

-COC (Cocaína): NEGATIVO  
Detecta valores superiores a 300 ng/ml.

-THC (Marihuana): NEGATIVO  
Detecta valores superiores a 50 ng/ml.

TÉCNICA: Inmunoensayo cromatográfico de tamizaje cualitativo en orina.



SANDRA BIBIANA VALENCIA RINCON  
24729979  
Firma y sello del médico evaluador



# EVALUACIÓN PSICOSENSOMÉTRICA Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

**Cendiatra**

**SEDE**  
**TELÉFONO**

CENDIATRA MANIZALEZ  
606 8928012

**DIRECCIÓN**  
**EMAIL**

CALLE 65 N 23B 29  
citas.manizales@cendiatra.com

**FECHA DE EXAMEN**

2023-08-25

**TIPO DE EXAMEN**

PREINGRESO

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

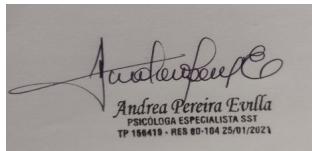


<b>Nombres y Apellidos</b>	JUAN PABLO GIRALDO CALDERON	<b>Identificación CC</b>	Nro 1053800551
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1990-01-01	<b>Edad</b>	33
<b>Empresa</b>	TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S	<b>Sexo</b>	M
<b>Cargo</b>	CONDUCTOR		
<b>Fecha Ingreso</b>	2023-08-25 10:11:44	<b>Fecha Salida</b>	2023-08-25 10:48:30

## ESTADO

**ESTADO**  
**ESTADO**

APROBADO



Juan Pablo Giraldo

ANDREA CAROLINA PEREIRA EVILLA  
RM: 1140846368  
Analisis y concepto Dr(a).

JUAN PABLO GIRALDO CALDERON  
CC 1053800551  
Firma del trabajador

Cualquier inquietud adicional por favor comunicarse con la Gerencia Operativa Tel: (1) 7443001 Ext. 1116