



**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: [cendiatria@cendiatria.com](mailto:cendiatria@cendiatria.com)

**Cendiatria**

**SEDE**  
**TELÉFONO**

CENDIATRA CALI  
3827 337 - 3809 956

**DIRECCIÓN**  
**EMAIL**

Calle 18 Nº 4N - 47 Barrio Versalles  
[cali@cendiatria.com](mailto:cali@cendiatria.com)

**FECHA DE EXAMEN**

2021-09-08

**TIPO DE EXAMEN**

PREINGRESO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



<b>Nombres y Apellidos</b>	GUSTAVO ADOLFO PADILLA DIEZ	<b>Identificación CC</b>	Nro 16779376
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1970-08-03	<b>Edad</b>	51
<b>Empresa</b>	TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S		
<b>Cargo</b>	CONDUCTOR		
<b>Fecha Ingreso</b>	2021-09-08 07:21:11	<b>Fecha Salida</b>	2021-09-08 11:24:40

**EXAMENES REALIZADOS**

AUDIOMETRIA TAMIZ

ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

PSICOSENSOMETRICO

VISIOMETRIA

ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO

DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA)

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO\_DE\_APTITUD**

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

TIPO DE RESTRICCIÓN O LIMITACIONES

SI

Observaciones:

- No debe realizar labores con alta exigencia física.
- Evitar la realización de actividad física extenuante.

**RECOMENDACIONES**

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:

SI

Observaciones:

HALLAZGO EN EKG CON ALTERACIONES SOSPECHA DE BLOQUEO IZQUEIRDO

SI

Observaciones:

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, ALIMENTACION SALUDABLE, DIETA.

SI

Observaciones:

PERIODICO

SI

Observaciones:

MEDICO GENERAL

NO PRESENTA

OTRAS:

**RESTRICCIONES**

TIPO

- No debe realizar labores con alta exigencia física.

- Evitar la realización de actividad física extenuante.

2 MESES

DURACION RESTRICCIÓN

**INGRESO\_PROGRAMA\_VIGILANCIA\_EPIDEMIOLOGICA**

CONDICION VISUAL

SI

Observaciones:

CONTROL OPTOMETRICO ANUAL

SI

Observaciones:

CONTROL AUDIOMETRIA ANUAL

NO PRESENTA

CONDICION AUDITIVA

OTROS

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.



**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: [cendiatria@cendiatria.com](mailto:cendiatria@cendiatria.com)

**Cendiatria**

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



---

DORA LIDA BOTINA PORTILLA  
RM: 59176856  
Firma y sello del médico



---

GUSTAVO ADOLFO PADILLA DIEZ  
CC 16779376  
Firma del trabajador