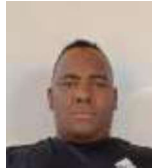


<b>SEDE</b>	CENDIATRA CARTAGENA	<b>DIRECCIÓN</b>	Cra 20 #29b-57, Pie de la Popa
<b>TELÉFONO</b>	3854122 3854124	<b>EMAIL</b>	<a href="mailto:Cartagena@cendiatra.com">Cartagena@cendiatra.com</a>
<b>FECHA DE EXAMEN</b>	2025-03-14	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PERIODICO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



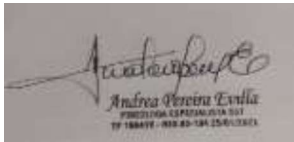
**Nombres y Apellidos** SINDULFO J. RAMOS PEÑA      Identificación CC No. 1.050.962.323  
**Fecha de Nacimiento** 1993-05-30      **Edad** 31 Años      **Sexo** M      **Empresa** INDEPENDIENTE  
**Cargo** CONDUCTOR  
**Fecha Ingreso** 2025-03-14 07:15:59      **Fecha Salida** 2025-03-14 07:41:48

**ESTADO**

**ESTADO**

ESTADO

APROBADO



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

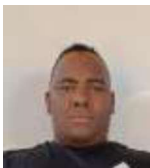


SINDULFO JOSE TORRES PEÑA  
CC 1050962323  
Firma del trabajador

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

<b>SEDE</b>	CENDIATRA CARTAGENA	<b>DIRECCIÓN</b>	Cra 20 #29b-57, Pie de la Popa
<b>TELÉFONO</b>	3854122 3854124	<b>EMAIL</b>	<a href="mailto:cartagena@cendiatra.com">cartagena@cendiatra.com</a>
<b>FECHA DE EXAMEN</b>	2025-03-14	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PERIODICO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



**Nombres y Apellidos** SINDULFO J. RAMOS PEÑA      Identificación CC No. 1.050.962.323  
**Fecha de Nacimiento** 1993-05-30      **Edad** 31 Años      **Sexo** M      **Empresa** INDEPENDIENTE  
**Cargo** CONDUCTOR  
**Fecha Ingreso** 2025-03-14 07:15:59      **Fecha Salida** 2025-03-14 07:41:48

**EXAMENES**

ALCOHOLIMETRIA	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO	PSICOSENSOMETRICO
VISIONOMETRIA	DROGAS DE ABUSO (MARIHUANA, COCAINA)
GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	

**CONCEPTO DE APTITUD**

EXAMEN PERIODICO

SATISFACTORIO PUEDE CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR

**RECOMENDACIONES**

OTRAS:

NO PRESENTA

**SE SUGIERE CONTROL PESO**

OTROS

NO PRESENTA

La presente certificación se expide con 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 y Resolución 217 de 2014.

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 presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



VERONICA PATRICIA OSPINO TAPIAS

RM: 22699050

Firma y sello del médico



SINDULFO JOSE RAMOS PEÑA

CC 1050962323

Firma del trabajador