

SEDE  
TELÉFONO

CENDIATRA CALI  
3827 337 - 3809 956

DIRECCIÓN  
EMAIL

Calle 18 N° 4N - 47 Barrio Versalles  
[cali@cendiatra.com](mailto:cali@cendiatra.com)

FECHA DE EXAMEN

2021-08-06

TIPO DE EXAMEN

PERIODICO

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



<b>Nombres y Apellidos</b>	JOSE OLMEDO ARROYAVE FRANCO	Identificación CC	Nro 16657679
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1959-11-18	<b>Edad</b>	61
<b>Sexo</b>	M		
<b>Empresa</b>	TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S		
<b>Cargo</b>	CONDUCTOR		
<b>Fecha Ingreso</b>	2021-08-06 08:36:39	<b>Fecha Salida</b>	2021-08-06 13:22:11

## EXAMENES REALIZADOS

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

## CONCEPTO DE APTITUD

EXAMEN PERIODICO

SATISFACTORIO

## RECOMENDACIONES

OTRAS:

NO PRESENTA

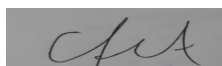
## INGRESO\_PROGRAMA\_VIGILANCIA\_EPIDEMIOLOGICA

OTROS

NO PRESENTA

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.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

  
 Yesenia Renteria  
 R M 27 0122  
 Resolución DB9  
 SST

YESENIA RENTERIA SANCHEZ

RM: 38463626

Firma y sello del médico



JOSE OLMEDO ARROYAVE FRANCO

CC 16657679

Firma del trabajador