



**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**

<b>SEDE</b>	CENDIATRA CARTAGENA	<b>DIRECCIÓN</b>	Carrera 20 N° 29B 57 Barrio Pie de la Popa
<b>TELÉFONO</b>	644 6971 - 693 2674	<b>EMAIL</b>	cartagena@cendiatria.com
<b>FECHA DE EXAMEN</b>	2023-05-19	<b>TIPO DE EXAMEN</b>	PREINGRESO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



<b>Nombres y Apellidos</b>	JOEL BERMUDEZ GONZALEZ	Identificación CC	Nro 73156513
<b>Fecha de Nacimiento</b>	1972-06-29	<b>Edad</b>	50
<b>Empresa</b>	TRANSPORTES SUPERIOR S.A.S	<b>Sexo</b>	M
<b>Cargo</b>	CONDUCTOR		
<b>Fecha Ingreso</b>	2023-05-19 08:38:22	<b>Fecha Salida</b>	2023-05-19 11:51:54

**EXAMENES**

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

**RECOMENDACIONES**

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

APTO CON RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA

SI

Observaciones:

DIETA Y EJERCICIOS

VALORACION EPS

SI

Observaciones:

ANUAL

OTRAS:

SI

Observaciones:

VALORACION POR MEDICINA GENERAL - OTORRINOLARINGOLOGIA

SI

Observaciones:

NO USO DE AURICULARES RECREATIVOS

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

CONDICION VISUAL

SI

CONDICION AUDITIVA

SI

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.

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.

Wendy Pérez San Juan  
Wendy Criss Pérez San Juan  
Médico Especialista SST  
Licencia 1696



**CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE  
INGRESO**

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

**Cendiatra**

---

WENDY CRISS PEREZ SANJUAN  
RM: 1143329490  
Firma y sello del médico

---

JOEL BERMUDEZ GONZALEZ  
CC 73156513  
Firma del trabajador