



**CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE  
INGRESO**

Teléfono: (57 1) 7443001  
Web: [www.cendiatria.com](http://www.cendiatria.com)  
Email: [cendiatria@cendiatria.com](mailto:cendiatria@cendiatria.com)

**Cendiatria**

**SEDE**  
**TELÉFONO**

CENDIATRA SUR 2  
7443001

**DIRECCIÓN**  
**EMAIL**

Autopista Sur Transv. 35 No. 36 - 40  
[citas.sur@cendiatria.com](mailto:citas.sur@cendiatria.com)

**FECHA DE EXAMEN**

2021-09-29

**TIPO DE EXAMEN**

PREINGRESO

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**



|                            |                              |                          |                     |
|----------------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------|
| <b>Nombres y Apellidos</b> | SERGIO FABIAN DUQUE BERMUDEZ | <b>Identificación CC</b> | Nro 1030537638      |
| <b>Fecha de Nacimiento</b> | 1987-06-08                   | <b>Edad</b>              | 34                  |
| <b>Empresa</b>             | PARTICULAR/SUR               | <b>Sexo</b>              | M                   |
| <b>Cargo</b>               | CONDUCTOR                    |                          |                     |
| <b>Fecha Ingreso</b>       | 2021-09-29 15:55:34          | <b>Fecha Salida</b>      | 2021-09-29 15:58:51 |

**EXAMENES REALIZADOS**

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**

**CONCEPTO\_DE\_APTITUD**

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**RECOMENDACIONES**

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

SI

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.

*Dr. Julie Pauline Zapata V.*  
Médico de la C. de la Salud  
RM: 52814156  
Firma y sello del médico

*Sergio Que*

**JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ**

RM: 52814156

Firma y sello del médico

**SERGIO FABIAN DUQUE BERMUDEZ**

CC 1030537638

Firma del trabajador