

**DATOS PACIENTE**

|                                         |                               |                       |            |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------|
| <b>Nombres:</b>                         | MARIA DE LA CRUZ TORRES PEREZ |                       |            |
| <b>Tipo de Documento:</b>               | CC Documento                  | 45647412              |            |
| <b>Sexo</b>                             | F                             | <b>F. Nacimiento:</b> | 04/01/1984 |
| <b>Entidad:</b>                         | PARTICULAR/NORTE              |                       |            |
| <b>Centro de Costo:</b>                 | N/A                           |                       |            |
| <b>Cargo:</b>                           | ASESORA JURIDICA              |                       |            |
| <b>Fecha de Atencion:</b>               | 2019-08-28                    |                       |            |
| <b>Fecha y Hora entrega resultados:</b> | 28/08/2019 8.36 AM            |                       |            |



**CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD**  
**Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009**

Realizado la valoración Médico Ocupacional de PRE INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

**SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

**Tipo de Restricciones ó Limitaciones:**

**NO TIENE**

**Recomendaciones:**

**Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica:**

**Exámenes Realizados:**

**XAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO**

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, 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. Hago constar que recibí copia de este documento.

**ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):** GERMAN VEGA ROJAS **RM:** 7163473 - LSO 7069/09

**German Vega**  
Médico y Cirujano  
C.C. 3.103.473 LSO 7069/09

Firma y sello del Médico Evaluador

**MARIA DE LA CRUZ TORRES PEREZ**

**C.C. 45647412**

Firma del trabajador Evaluado

\* BOGOTA SEDE PRINCIPAL  
Calle 19 No. 3-50 Edificio Betichara  
Tel.:(+1) 281 4505 - 286 5893 - 286 5382

SEDE SUR  
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur,  
Villamayor Tel.:(+1) 458 5819 - 203 9694

SEDE CENTRO  
Cra. 9 No. 19-08  
Tels.:(+1) 282 6429 - 942 4934

SEDE OCCIDENTE  
Av. Cra. 68 No. 17-82  
Tels.:(+1) 447 0068 - 447 1401 - 414 6387

SEDE OCCIDENTE  
Av. Cra. 68 No. 17-85  
Tels.:(+1) 4146397 - 260 84

SEDE NORTE  
Autopista Norte No. 83-29  
Tels.:805 1875 - 610 67 71

SEDE NORTE 2  
Autopista Norte No. 83-89  
Tels.:(+1) 267 9325 - 256 2362

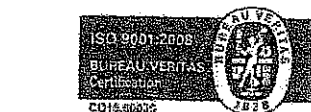
SEDE ZONA FRANCA  
Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Bussines Center  
Interior 141 - Oficina 408

BUCA RAMANGA  
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,  
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO  
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzal Alto  
Tel.:(+8) 674 0916 - 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS  
Avenida Pedro de Heredia, Sector La Amador,  
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels: (+8) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA  
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital



SANTA MARTA  
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico  
Perlas del Caribe, Tel.:(+5) 421 48 44 - 421 65

BUENAVENTURA  
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific  
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 - 240 2056

MEDELLIN  
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America  
Tels.:(+4) 412 1145 - 416 7011

CALI  
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versalles  
Tel.:(+2) 390 9966 - 382 7337