CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ALMAVID SALUD IPS S.A.S.
NIT: 900910289-0

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Certificado de aptitud: 1048022139-47561

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULAR
Actividad Económica: 0010 - ASALARIADOS

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: PARTICULAR -

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	11 may. 2026 - SABANETA - ANTIOQUIA	**Tipo de Examen:**	PRE - INGRESO
Paciente:	SIMON RUEDA MONTOYA	**Identificación:**	1048022139
Género	MASCULINO **Edad:** 26	**Teléfono**	3207613583 **Móvil:** 3207613583
Fecha Nacimiento:	14/12/1999	**EPS:**	SURA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Dirección	CRA 42 C N 45 B SUR 39	**Cargo:**	INDEPENDIENTE
		AREA: OPERATIVA	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL	1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA

CONCEPTO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR	SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, EDUCACION SOBRE MANIPULACION DE CARGAS Y POSTURAS FORZADAS PARA EVITAR SOBRECARGA MUSCULAR Y POSIBLES COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA LABOR	SVE

Información de Remisiones

NO

Yo en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria acepto y doy MI CONSENTIMIENTO para que el personal médico de ALMAVID SALUD IPS S.A.S., me realice el examen médico ocupacional y para que mis datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de ALMAVID SALUD IPS S.A.S. Además, certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Anays De La Rosa N

Anays de la Rosa Navarro
Médica especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O 03172 de 2025

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
ANAYS DE LA ROSA NAVARRO
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 55232026
CMC2017-23659 - 03172

Firma y cédula del Paciente
SIMON RUEDA MONTOYA
1048022139