



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FRANCISCO F. ZAPATA G. Médico Ocupacional - U. del Quindío
Dirección: Calle 26 # 15-39 | Armenia, Quindío
Teléfono: 3137499764



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres: Maira Alejandra	Apellidos: Mosquera Mosquera	Fecha de Nacimiento: 22/09/1993
Tipo de Identificación: Cédula ciudadanía	No. de Identificación: 1077463999	Estado Civil: Union Libre
Edad: 32 años 9 meses 18 días	Sexo: Femenino	Escolaridad: Profesional
Departamento: Chocó	Ciudad: Quibdó	
Dirección: Barrio San José carrera 3 35-31		
Teléfono Celular: 3108401947		
Fecha y hora de inicio de la atención: 10/07/2026 14:51:55 Nombre de consulta: Atención 1		

FECHA DE PRESCRIPCIÓN: 10/07/2026 14:58 Horas

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Mediante el presente documento refiero, que se realizó examen médico de aptitud laboral al(la) trabajador(a) en cuestión, DE LA EMPRESA: INDEPENDIENTE, CARGO: EXTENSIONISTA RURAL. TIPO DE EXAMEN: INGRESO. CERTIFICO QUE, es: APTA, SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO. RESTRICCIONES: NINGUNA. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: CARDIOVASCULAR. Apto para trabajo en alturas: NO VALORADO. Próxima valoración: EN UN AÑO. Aportó profesigramas: NO

RECOMENDACIONES:

- Debe realizar actividad física, al menos 30-40 minutos por día 3-4 veces por semana
- Visitar al médico periódicamente.
- Por su EPS debe visitar al nutricionista, con una frecuencia al menos anual.
- Recomiendo vacunación contra influenza, esquema completo de tétano.
- Debe realizar pausas activas
- Evitar malas posturas al sentarse, pararse, acostarse.
- Debe tener un sitio de trabajo con entorno ergonómico
- Debe reportar accidentes e incidentes de trabajo, cumplir con reglamento de seguridad industrial de la empresa, acatar las recomendaciones del equipo de salud y seguridad en el trabajo.
- Debe cumplir con el protocolo de bioseguridad, sí es del caso.

Yo, quien realizo éste examen, y a quien corresponden los datos suministrados para su elaboración, autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

FIRMA: *Maira A Mosquera*

CC 1.077.463.999



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FRANCISCO F. ZAPATA G. Médico Ocupacional - U. del Quindío

Dirección: Calle 26 # 15-39 | Armenia, Quindío

Teléfono: 3137499764

Modalidad de Atención: Intramural

Francisco Fernando Zapata Giraldo

CC No. 89006463 / RM 66467/12 - Licencia Seg.

Salud Trabajo 6305448/2024 - Sec. Salud

Quindío.

Médico general, Salud Ocupacional