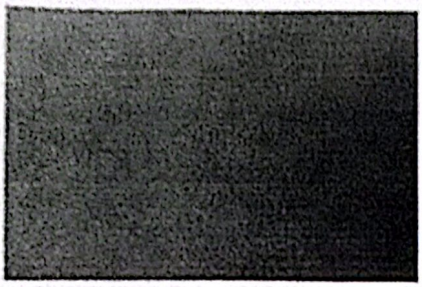
CIMAD IPS LTDA

NIT: 830093234
Direccion: CL 13 5 25 / Tel.: 6018640692



Paciente:	DANIEL FELIPE ZAPATA LUQUE				
Identificacion:	1020802936	**Sexo:**	M		
Direccion:	CALLE 155 NUMERO 9 - 45				
Ciudad:	COTA				
Teléfono:	3133388515 3133388515	**Ocupación:**			
Est. Civil:	Soltero(a)	**Edad:**	30 años 10 meses y 22días	1995-03-18	
Asegurador:	PARTICULAR | PARTICULAR				
Acompañante:					
Responsable:					

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Edad del paciente:	30 años 10 meses y 22días	**Fecha de la nota:**	9/02/2026 8:11:58 a. m.

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN PARTICULAR	**TIPO DE CARGO** Administrativo	**CARGO** CONTRATISTA
CENTRO DE TRABAJO ADMINISTRATIVO	**ÁREA O SECCIÓN** ADMINSITRATIVA	
TIPO DE EXAMEN: PRE OCUPACIONAL	**TIPO DE VINCULACIÓN** DEPENDIENTE	
ARL POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	**EPS** SANITAS EPS	**AFP** COLPENSIONES

INFORMACION OCUPACIONAL

CARGO QUE DESEMPEÑA (DESCRIBIR QUE HACE Y COMO LO HACE)	CONTRATISTA

EXAMENES REALIZADOS

EXAMENES REALIZADOS	EVALUACIÓN MÉDICA EVALUACIÓN MÉDICA CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
PRUEBAS DE LABORATORIO NO	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL	SIN RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

Scanned with CamScanner

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Describa hábitos de vida saludable • MICRO PAUSAS VISUALES: CADA 20 MINUTOS, APARTE LA VISTA DE LA PANTALLA Y ENFOQUE UN OBJETO LEJANO DURANTE 20 SEGUNDOS PARA REDUCIR LA FATIGA OCULAR (REGLA 20-20-20). • ROTACIÓN DE TAREAS: ALTERNE ACTIVIDADES QUE REQUIERAN DISTINTAS POSTURAS O MOVIMIENTOS PARA EVITAR LA SOBRECARGA MUSCULAR LOCALIZADA. • EJERCICIOS DE MOVILIDAD ARTICULAR: REALICE MOVIMIENTOS SUAVES DE CUELLO, HOMBROS, MUÑECAS Y TOBILLOS AL INICIAR Y FINALIZAR LA JORNADA PARA MANTENER LA FLEXIBILIDAD. • ESTIRAMIENTOS DE COLUMNA Y EXTREMIDADES: INCLUYA ESTIRAMIENTOS QUE ALIVIEN LA TENSIÓN LUMBAR Y CERVICAL, ESPECIALMENTE SI PERMANECE MUCHO TIEMPO SENTADO O DE PIE. • DISTRIBUCIÓN DEL PESO: SI DEBE CARGAR OBJETOS, HÁGALO FLEXIONANDO LAS RODILLAS Y MANTENIENDO LA ESPALDA RECTA; EVITE GIROS BRUSCOS O LEVANTAR PESOS EXCESIVOS • ALTURA ADECUADA DEL MONITOR Y SILLA: LA PARTE SUPERIOR DEL MONITOR DEBE QUEDAR A LA ALTURA DE LOS OJOS Y EL RESPALDO DE LA SILLA DEBE PERMITIR APOYO LUMBAR. • APOYO DE PIES Y ANTEBRAZOS: MANTENGA LOS PIES APOYADOS COMPLETAMENTE EN EL SUELO O EN UN REPOSAPIÉS Y LOS ANTEBRAZOS AL NIVEL DEL ESCRITORIO. • EVITE POSICIONES ESTÁTICAS PROLONGADAS: CAMBIE DE POSTURA O CAMINE ALGUNOS PASOS CADA HORA PARA FAVORECER LA CIRCULACIÓN Y REDUCIR LA RIGIDEZ MUSCULAR. • USO CORRECTO DEL TECLADO Y MOUSE: MANTENGA MUÑECAS RECTAS, SIN DOBLARLAS HACIA ARRIBA O HACIA LOS LADOS, PARA PREVENIR EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO. • ORGANIZACIÓN DEL ESPACIO DE TRABAJO: COLOQUE LOS ELEMENTOS DE USO FRECUENTE AL ALCANCE DE LA MANO PARA EVITAR ESTIRAMIENTOS O TORSIONES REPETITIVAS. • RESPIRACIÓN CONSCIENTE DURANTE LAS PAUSAS: COMBINE LOS ESTIRAMIENTOS CON RESPIRACIONES PROFUNDAS PARA MEJORAR LA OXIGENACIÓN Y REDUCIR EL ESTRÉS FÍSICO Y MENTAL. • CAPACITACIONES ERGONÓMICAS PERIÓDICAS: PARTICIPE EN TALLERES O ENTRENAMIENTOS DE ERGONOMÍA QUE ENSEÑEN NUEVAS TÉCNICAS PARA CUIDAR LA POSTURA Y PREVENIR LESIONES. • ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	-. - Higiene postural - Pausas activas - Uso de Elementos de proteccion personal EPP - Ejercicio fisico

REMISIONES

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

Scanned with CamScanner

Remision a EPS/IPS?	
NO	
Requiere Tratamiento	
NO	
Requiere otros exámenes diagnósticos	
NO	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción	Yo:DANIEL FELIPE ZAPATA LUQUE identificado con CC No.1020802936. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancias de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen medico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito , los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o exámenes complementarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de la confidencialidad que CIMAD IPS LTDA de a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. (SG-SST)



Firma Paciente:

EDUARDO ARQUIMEDES GARZON GARCIA
RM 14117
SALUD OCUPACIONAL

El examinado certifica que no omitio datos relevantes sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la informacion expresada en este documento es cierta

CIMAD IPS LTDA
NIT: 830 093 234-6
Calle 13 No. 5-25/45
Cel: 315 8027999

Scanned with CamScanner