CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379912-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2024-03-01 09:05:56

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE INGRIF LORENA SANCHEZ SUAREZ

Nº DOC. CC - 1075301792 **DIRECCIÓN** CLL 12 #1G 71

ESTADO CIVIL SOLTERO **PROCEDENCIA** 41411

AÑOS: 27 **MESES:** 1 **DIAS:** 14 **TELÉFONO** 3059305130

EMPRESA: PARTICULARES

FECHA DE NACIMIENTO 1997-01-19 RESPONSABLE

ACOMPAÑANTE

OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES

CARGO: AUXILIAR PEDAGOGICO

[x] INGRESO [ ] PERIODICO [ ] EGRESO [ ] POST- INCAPACIDAD

EXÁMENES A REALIZAR

[ ] AUDIOMETRIA [ ] ELECTROCARDIOGRAMA [ ] ESPIROMETRIA [ ] EXAMEN OSTEOMUSCULAR [ ] OPTOMETRIA

[ ] LABORATORIOS [ ] PSICOTECNICO [ ] VISIOMETRIA [ ] EXAMEN PSICOSENSOMETRICO

[ ] PERFIL LIPÍDICO [ ] ENFASIS DERMATOLOGICO [ ] TAMIZAJE VISUAL [ ] EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

[x] ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTRO:

EXÁMENES PRACTICADOS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

[x] SIN RESTRICCIONES [x] SIN PATOLOGIA APARENTE [ ] CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

[ ] CON RESTRICCIÓN MOTIVO:

[ ] APLAZADO MOTIVO:

[ ] NO APTO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

[ ] PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES

[ ] SE SUGIERE REUBICACION LABORAL [ ] TEMPORAL [ ] PERMANENTE [ ] REASIGNAR TAREAS

OTROS

[ ] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS

[ ] APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES [ ] EXAMEN OSTEOMUSCULAR [ ] NORMAL [ ] ANORMAL

EXAMEN DE EGRESO

[ ] SATISFACTORIO [ ] NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ACEPTABLE, SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA EL CARGO, SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN SU CARGO SEGUN NECESDIAD, MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ENFOCADOS A CONTROL DEL PESO, DIETA BALANCEADA Y AUMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA. DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES. CONTINUAR RECOMENDACIONES DADAS POR NUTRICION EN SU EPS.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o

realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no objetivarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que supere su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
[ ] REMISION A EPS	[x] USO DE EPP	[x] INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
[ ] CONTINUAR MANEJO MEDICO	[ ] INGRESO A SVE	[ ] VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
[ ] SEGUIMIENTO CASO POR ARL	[ ] SIVIG - OTOM	[ ] DEJAR DE FUMAR
[ ] CITOLOGIA VAGINAL	[ ] SIVIG - Sustancias Quimicas	[ ] PAUSAS ACTIVAS
	[ ] SIVIG - OIR (Ruido)	[ ] REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
	[ ] SIVIG-Visual	[x] DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
	[ ] SIVIG- Biologico	[ ] CONTOL DE PESO
	[ ] SIVIG - Radiaciones Ionizantes	[ ] OTRO
	[ ] SIVIG- Psicolaboral	CUAL:
	[ ] SIVIG - Cardiovascular	

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o exameres complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la información expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la información necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional



MANUEL FELIPE GUARNIZO GONZALEZ
ESP. GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
R.M. 1110518551 . RES. 1760/2020

NOMBRE PACIENTE: INGRIF LORENA SANCHEZ SUAREZ
N° DOC. CC - 1075301792

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

CREFT S.A.S
NIT. 901600566
CERTIFICADO MÉDICO
RESOLUCIÓN 3 I94 DE 2022
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL



FECHA ATENCIÓN: 2025-05-06 08:35:25 - NUM. HISTORIA: 1007186223

IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa: PARTICULAR
Cargo: AUXILIAR DE PEDAGOGÍA INFANTIL **Ciudad:** NEIVA (HUILA)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: SANDY KATHERINE SALAS MORENO
ID: CC 1007186223
FECHA DE NACIMIENTO: 1995-05-25
EDAD: 29 Años 11 Meses 13 Días
GÉNERO: FEMENINO
ESTADO CIVIL: SOLTERO
TEL: 3109335604
DIRECCIÓN: CALLE 51 # 1 A 40
ARL:
ENTIDAD: PARTICULAR
TIPO DE USUARIO: PARTICULAR
LUGAR DE RESIDENCIA: NEIVA (HUILA)

EXÁMENES REALIZADOS

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL:

EXAMEN MEDICO DE INGRESO

EXÁMENES REALIZADOS:

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CALIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO MÉDICO:

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR A CONTRATAR

CAUSAL:

N/A

OBSERVACIONES:

N/A

CONCEPTO MEDICO MANIPULACION DE ALIMENTOS:

N/A

RECOMENDACIONES:

HIDRATACION
PAUSAS ACTIVAS
CUIDAR POSTURAS
CUIDADOS EN SALUD VISUAL Y AUDITIVA
USO DE E PP

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar el 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 escuela aprobada. 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 posibles 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.

Profesional: LIBARDO PEREZ SANCHEZ
Esp: MEDICINA OCUPACIONAL/MEDICINA FUNCIONAL
5099500/90

Paciente: SANDY KATHERINE SALAS MORENO
CC: 1007186223

CALLE 23 # 5A 55-90
NEIVA - HUILA

I.P.S: CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

SERVICIOS De GESTIÓN INTEGRADA S.A.S. - NIT 900.477.525-7

Código de habilitación Secretaría de Salud Distrital: 4100103720 | Licencia No. No. 1004 de 2025

CERTIFICADO MEDICO LABORAL B337286

Sede de atención: NEIVA | Ciudad de atención: NEIVA | Fecha de atención: 2025-09-11 08:25 | Fecha de impresión: 2025-09-11 08:27:47



Datos de la Empresa

RAZÓN SOCIAL:	AM WELDING S A S	TELEFONOS:	7100988
DIRECCIÓN:	CARRERA 68 M 38 D 27 SUR	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	901068192	Ciudad:	BOGOTA - CUNDINAMARCA
EMPRESA MISIÓN:	PARTICULARES SEDE		
ARL:	_NO TIENE / NO REFIERE	Sector:	SECTOR INDUSTRIAL

Datos del Usuario

NOMBRE:	LAURA VALENTINA CORTES CASTRO	IDENTIFICACION:	CC 1.007.704.795
DIRECCIÓN:	CALLE 15 # 7 - 08 LOS ALMENDROS	EDAD:	21 AÑOS
CARGO:	NUTRICIONISTA DIETISTA	GÉNERO:	FEMENINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3147824154
TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)
EPS:	SANITAS EPS SA	AFP:	NO SABE - SIN ASEGURADORA

Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES DE SALUD ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna
Si	2	NO RECUERDA

Estilos de vida Saludables para el Usuario

Cardiovascular	Mantener un peso saludable mediante la incorporación de hábitos alimenticios equilibrados y actividad física regular. Realice actividad física regular en su tiempo libre para promover el bienestar físico y mental.
Generales de SST	Incorporar pausas activas durante la jornada laboral para promover la salud física y mental. Practicar higiene postural tanto en el entorno laboral como en la vida personal para prevenir molestias musculoesqueléticas. Utilizar elementos de protección personal (EPP) adecuados según las actividades realizadas, para garantizar la seguridad en el trabajo. Participar activamente en capacitaciones sobre seguridad y salud en el trabajo para fortalecer conocimientos y habilidades. Promover el uso de técnicas de relajación y manejo del estrés para mejorar la salud mental y el bienestar en el trabajo.

Recomendaciones Laborales

NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Recomendaciones Laborales: NO APLICA

Restricciones Laborales

NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Restricciones Laborales: NO APLICA

Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales

Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL , a realizar en mi examen médico y/o para aplicar(s) a(n) prueba(s), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo identificado me ha explicado la naturaleza y procesos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de realizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la acogida brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de este(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Los resultados dados por mi en este(os) examen(es) está(n) completo(s) y verídico(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en este informe. Finalmente certifico que no me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento ante la naturaleza de mi enfermedad física.

Así mismo notifico que a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015. Artículo 2.2.4.6.10, Numeral 5, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior acepto acogerme a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y las emitidas en este documento, las cuales estarán sujetas a seguimiento y control periódico. De igual manera, certifico que la información suministrada en la evaluación medica ocupacional y los medios de prueba que aporto para ello, son otorgados de manera voluntaria, veraz y completa. Art. 15, Ley 1581 de 2012 - Habeas Data.