CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SERVICIOS DE SALUD IPS CEDISALUD SAS
NIT: 901334492-2
LSST. 2025061557058 - 23/12/2025

Certificado de aptitud: 1028007392-101980

Tipo de Examen: PREINGRESO

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTES Y RECREACION IMDER
Actividad Económica: 8552 - ENSEÑANZA DEPORTIVA Y RECREATIVA.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTES Y RECREACION IMDER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	27 jul. 2026 - APARTADO - ANTIOQUIA	**Identificación:**	1028007392
Paciente:	LEIDYS KATHERINE CABRALES	**Teléfono**	3136331063 **Móvil:** 3136331063
Género	MASCULINO **Edad:** 34	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Fecha Nacimiento:	7/10/1991	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**Cargo:**	INSTRUCTORA
Área: OPERATIVA			
Correo Electrónico:	katherinecabrales@hotmail.com		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

VISIOMETRIA TAMIZ	SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL
EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR	PARA DEFINIR EL CONCEPTO DE APTITUD LABORAL, SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR, SE HAN TENIDO EN CUENTA TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, SE EMITIERON OBSERVACIONES SEGUN LOS HALLAZGOS PRESENTES AL MOMENTO DE LA ATENCION POR EL MEDICO ESPECIALISTA EN SST. ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES EMITIDAS POR EL (LOS) ESPECIALISTA(S) EN CASO DE QUE SE PRESENTEN. SE RECOMIENDA EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN CORRESPONDAN, AL CARGO Y/O LABOR DEL EMPLEADO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGUN PROGRAMA DE LA EMPRESA, ADOPTAR ADECUADA HIGIENE POSTURAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, INDUCCIONES PROPIAS PARA EL CARGO A REALIZAR, REPORTE OPORTUNO ACCIDENTES O EVENTOS DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO., RECOMENDAMOS REALIZAR ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA EN TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, DURANTE LA EJECUCION DE LA LABORA EVITAR ACCIONES IMPRUDENTE QUE PONGAN EN RIEGO SU INTEGRIDAD FISICA O MENTAL.. * NO CASO SEGUN CLASIFICACION GASTISST ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES NI RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA EL CARGO

Observaciones:

NOTA ACLARATORIA: Bajo los términos de la Resolución 1843 de 2025, la historia clínica ocupacional goza de reserva legal y protección de datos sensibles. Su acceso es exclusivo del paciente y personal de salud, quedando estrictamente prohibido el acceso o conocimiento de su contenido por parte del empleador.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

NO

NO

Recomendaciones para el cargo y/o empleado

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: RECOMENDACIONES PARA LA VOZ: EVITAR BEBIDAS CALIENTES O MUY FRIAS, EVITAR CARRASPEO,EVITAR SOBRE ESFUERZO VOCAL EN AMBIENTES RUIDOS, HIDRATAR CONSTANTEMENTE DURANTE FONACION PROLONGADA, REALIZAR PAUSAS DE ALMENOS 5 MINUTOS POR CADA HORA DE HABLA.

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clínica a la EPS a la cual me encuentra actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:

SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ
MEDICO ESPECIALISTA SST
LIC SST 16004-08/02/2022
PEG MD 1050614049
CC 1080014049

MÉDICO ESPECIALISTA S.O.
SANDRA MILENA SEGURA GONZALEZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1080014049
1600408020222 -

Firma y cédula del Paciente
LEIDYS KATHERINE CABRALES
1028007392