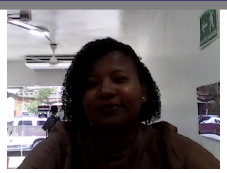
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

Certificado de aptitud: 1040357240-105231

Tipo de Examen: PREINGRESO

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULAR
Actividad Económica: 0010 - ASALARIADOS

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	05 oct. 2026 - APARTADO - ANTIOQUIA	**Identificación:**	1040357240
Paciente:	MONY JULIETH PINO VALLE	**Teléfono**	3104204575 **Móvil:** 3104204575
Género	FEMENINO **Edad:** 38	**EPS:**	EPS SURA
Fecha Nacimiento:	27/06/1988	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**Cargo:**	APOYO ADMINISTRATIVO
Área: OPERATIVA			
Correo Electrónico:	no reporta		

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., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS.. * 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 CON RECOMENDACIONES , SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

Observaciones: PRESENTA ALTERACION DEL PESO QUE EN EL MOMENTO NO LIMITA SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, ESTA ALTERACION ES UN FACTOR DE RIESGO PARA MANIFESTACION DE PATOLOGIAS CARDIOVASCULARES Y OSTEOMUSCULARES EN ZONAS COMO COLUMNA VERTEBRAL Y RODILLAS SE RECOMIENDA CONTROL EN HABITOS DE VIDA COMO ALIMENTACION Y EJERCICIO.

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)

NUTRICIÓNAL	CONTROL NUTRICIONALY METABOLICO , ALIMENTACION BALANCEADA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.	PPyP
NUTRICION	REQUIERE VALORACION POR EPS, CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO POR ALTERACION DEL PESO CORPORAL	

Recomendaciones para el cargo y/o empleado

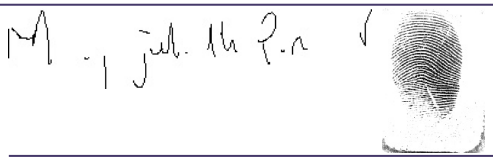
RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER INCIDENDE O ACCIDENTE QUE SE PRESENTE DURANTE LA REALIZACION DE SUS LABORES, CONSERVE POSTURAS ERGONOMÍCAS QUE PERMITAN PREVENIR ACCIDENTES, MOLESTIAS Y LESIONES ORIGINADOS POR MALAS POSTURAS, TENER EN CUENTA: AJUSTAR LA ALTURA DE LA SILLA Y DEL MONITOR MANTENIÉNDOLO A MÍNIMO 40 CM DE DISTANCIA Y JUSTO ENFRENTE DE NOSOTROS; EL TECLADO Y EL RATÓN DEBEN ESTAR AL ALCANCE Y CON ESPACIO SUFICIENTE PARA MANIPULACION CÓMODA; APOYAR LOS PIES TOTALMENTE EN EL SUELO O UTILIZAR REPOSAPIÉS; APOYAR TOTALMENTE LA ESPALDA EN EL RESPALDO DE LA SILLA; MINIMIZAR LOS REFLEJOS PARA EVITAR LA FATIGA VISUAL, ASISTA A CAPACITACIONES Y/O FORMACIONES DE LA EMPRESA, INFORME EL DESCONOCIMIENTO DE ALGUNA TAREA O PROGRAMA INFORMÁTICO, DEDICAR TIEMPO PARA FAMILIARIZARSE CON LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO; REALICE PAUSAS ACTIVAS ESTIRAMIENTO, COLUMNA, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIOES Y OJOS, SEGUN PROGRAMA DE PAUSA EN LA EMPRESA.

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:

MERY ELLEN BORJA DURAN
MEDICO ESPECIALISTA SST
LIC SST 7270/13/12/2017
REG. MD 27051/20/06/2013
CC. 1042430543

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
MERY ELLEN BORJA DURAN
Cédula de Ciudadanía : 1042430543
27051/20/06/2013 - 7270/13/12/2017



Firma y cédula del Paciente
MONY JULIETH PINO VALLE
1040357240