

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: LUZ DARY SEGURA MESTRA
Identificacion: CC. - 50905745

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012870

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020163
Paciente:	LUZ ESTELLA FLOREZ GUZMAN	CC:	50901986
Edad:	50 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 15:29:08	Fecha Atención:	2024-05-30 15:26:46
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	CONTINUAR SEGUIMIENTO POR MEDICO TRATANTE POR SU IPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SIN ALTERACION

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Realizacion Pruebas Complementarias
- ☐ Continuar Manejo Medico
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012871

Luz Estela Florez

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: LUZ ESTELLA FLOREZ GUZMAN
Identificacion: CC. - 50901986

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012872

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020157
Paciente:	LUIS MANUEL LEON HOYOS	CC:	1063651690
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 14:34:47	Fecha Atención:	2024-05-30 14:30:43
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VALORACION POR NUTRICION POR SU IPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SIN ALTERACIION

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

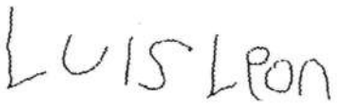
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012873





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: LUIS MANUEL LEON HOYOS
Identificacion: CC. - 1063651690

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012874

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20241113020120
Paciente:	LEVIS JOHANA QUIROZ MESTRA	CC:	1003393707
Edad:	26 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	DIGITADORA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-11-13 10:49:42	Fecha Atención:	2024-11-13 09:15:15
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO, SIN PATOLOGIA APARENTE.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Levis Qui

0012875

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: LEVIS JOHANA QUIROZ MESTRA
Identificacion: CC. - 1003393707

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012876

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020129
Paciente:	KATIA MILENA DIAZ LARA	CC:	50935410
Edad:	43 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	ARCHIVO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 09:57:27	Fecha Atención:	2024-05-30 09:55:37
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012877

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: KATIA MILENA DIAZ LARA
Identificacion: CC. - 50935410

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012878

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020145
Paciente:	JULIETA ISABEL ARCIA COLON	CC:	25785421
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 10:51:06	Fecha Atención:	2024-06-05 10:45:59
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0012879

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: JULIETA ISABEL ARCIA COLON
Identificacion: CC. - 25785421

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012880

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020135
Paciente:	JOSEFINA MARIA CABARCAS MADRID	CC:	50929083
Edad:	44 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 10:27:33	Fecha Atención:	2024-06-04 10:22:52
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012881

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: JOSEFINA MARIA CABARCAS MADRID

Identificacion: CC. - 50929083

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012882

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020116
Paciente:	JAZMIN ESTER PEÑA FUENTES	CC:	50925673
Edad:	44 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 09:09:13	Fecha Atención:	2024-05-30 08:43:37
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. NUTRICION VALORACION POR EPS

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0012883

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Jazmin Peña

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: JAZMIN ESTER PEÑA FUENTES
Identificacion: CC. - 50925673

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012884

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020138
Paciente:	GLENIS SOFIA PERNETT KERGUELEN	CC:	50905316
Edad:	49 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 10:41:46	Fecha Atención:	2024-06-04 10:33:27
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES , RESTRINGIR MOVIMIENTOS BRUSCOS , CARGAR PESO MAYOR A 8 KG * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0012885

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

glenis Pernett K

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: GLENIS SOFIA PERNETT KERGUELEN

Identificacion: CC. - 50905316

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012886

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240624020118
Paciente:	GEIDIS PEREZ MARTINEZ	CC:	50956678
Edad:	48 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-24 09:55:24	Fecha Atención:	2024-06-24 09:33:22
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012887

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: GEIDIS PEREZ MARTINEZ
Identificacion: CC. - 50956678

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012888

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240624020110
Paciente:	ENELDA SOFIA PITALUA POLO	CC:	26231614
Edad:	54 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-24 08:39:20	Fecha Atención:	2024-06-24 08:32:23
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES 1. INICIAR CON ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. COMER SANO - DIETA BAJA EN GRASA Y CALORÍAS RICAS EN FRUTAS, VERDURAS Y PROTEÍNA 3. EJERCICIOS CARDIOVASCULARES DIARIOS 4. AUTO EXAMEN PERIODICO DE MAMA 5. CITOLOGIA ANUAL 6. PAUSAS ACTIVAS 7. HIGIENE POSTURAL 8. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP 9. HACER BUENA TECNICA DE LAVADO DE MANOS 10. REALIZAR CONTROL DE PRESION ARTERIA POR UNA SEMANA

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

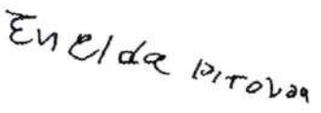
Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las

0012889

personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ENELDA SOFIA PITALUA POLO
Identificacion: CC. - 26231614

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024060102019
Paciente:	EMENEGILDA MARIA GONZALEZ PADILLA	CC:	50894675
Edad:	55 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 08:00:57	Fecha Atención:	2024-06-01 07:59:11
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

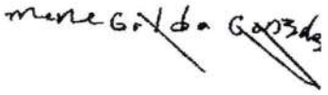
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012891





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: EMENEGILDA MARIA GONZALEZ PADILLA
Identificacion: CC. - 50894675

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012892

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020196
Paciente:	EDUARDO MIGUEL GUZMAN CORCHO	CC:	78747019
Edad:	49 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 16:47:22	Fecha Atención:	2024-05-31 15:42:32
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012893

Eduardo Guzman

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: EDUARDO MIGUEL GUZMAN CORCHO
Identificacion: CC. - 78747019

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012894

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020149
Paciente:	DADILITH SAUDITH FLOREZ CHAMORRO	CC:	26201784
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:38:17	Fecha Atención:	2024-06-04 11:20:39
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012895

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Dadilith Florez

Firma del Paciente: DADILITH SAUDITH FLOREZ CHAMORRO

Identificacion: CC. - 26201784

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012896

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020150
Paciente:	CLAUDIA PATRICIA VILLALBA LOPEZ	CC:	50923385
Edad:	46 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Orígen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 14:00:49	Fecha Atención:	2024-06-04 11:32:32
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0012897

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: CLAUDIA PATRICIA VILLALBA LOPEZ

Identificacion: CC. - 50923385

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012898

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020126
Paciente:	CLARA INES DAZA PADILLA	CC:	50902523
Edad:	50 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 09:36:13	Fecha Atención:	2024-06-04 09:24:35
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012899



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

CLARA DAZA P.

Firma del Paciente: CLARA INES DAZA PADILLA
Identificacion: CC. - 50902523

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012900

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020185
Paciente:	CARMEN HELENA SOLERA VILLALBA	CC:	50929970
Edad:	48 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 15:31:03	Fecha Atención:	2024-05-31 14:56:56
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

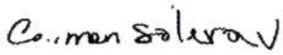
Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST 8. VALORACION POR OPTOMETRIA DE SU EPS 9. CONTINUAR RUTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE SU EPS

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle

0012901

los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523

Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: CARMEN HELENA SOLERA VILLALBA

Identificacion: CC. - 50929970

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012902

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020169
Paciente:	ATTY JADID CASTILLO VERGARA	CC:	50926599
Edad:	47 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 16:23:04	Fecha Atención:	2024-06-04 16:11:43
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO POR NUTRICIONISTA DE SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD..
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012903

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ATTY JADID CASTILLO VERGARA
Identificacion: CC. - 50926599

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012904

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020143
Paciente:	ASTRID ELENA MADERA MARTINEZ	CC:	1067922096
Edad:	32 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:20:06	Fecha Atención:	2024-06-04 10:59:52
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PTE QUE CONSULTA POR EXAMENES DE INGRESO LABORAL
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012905

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Astrid Madera

Firma del Paciente: ASTRID ELENA MADERA MARTINEZ

Identificacion: CC. - 1067922096

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012906

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024052902017
Paciente:	ANGIE PAOLA TORDECILLA PAYARES	CC:	1067874890
Edad:	27 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-29 10:57:17	Fecha Atención:	2024-05-29 08:54:31
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	PACIENTE CON AMPUTACION DE DEDOS EN AMBOS PIES SE DAN RECOMENDACIONES CON TEMPORALIDAD DE 360 DIAS 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. EVITAR DEMABULAR PERMANENTEMENTE 8. DEBE EVITAR POSTURAS PERMANENTES DE PIES Y ALTERNAR POSTURA BÍPEDA Y SEDENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL 9. DEBE EVITAR JORNADAS DE TRABAJO EXTENUANTES CON REQUERIMIENTO DE TRABAJO FISICO EXCESIVO 10. SE RECOMIENDA ESTUDIO DE PUESTO DE TRABAJO 11. SE RECOMIENDA REALIZAR CALIFICACIÓN PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL POR ARL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0012907

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ANGIE PAOLA TORDECILLA PAYARES

Identificacion: CC. - 1067874890

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012908

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020140
Paciente:	ANDREA ISABEL AYAZO ROMERO	CC:	1067929166
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 10:58:20	Fecha Atención:	2024-06-04 10:37:24
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012909



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: ANDREA ISABEL AYAZO ROMERO
Identificacion: CC. - 1067929166

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012910

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020142
Paciente:	ANA JUDITH PORTELA MARTINEZ	CC:	26160333
Edad:	55 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 11:05:53	Fecha Atención:	2024-06-05 10:33:50
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012911

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ANA JUDITH PORTELA MARTINEZ
Identificacion: CC. - 26160333

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012912

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020191
Paciente:	ANA CONSUELO COGOLLO CAMACHO	CC:	34991265
Edad:	59 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 16:02:16	Fecha Atención:	2024-05-31 15:22:57
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012913

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: ANA CONSUELO COGOLLO CAMACHO
Identificacion: CC. - 34991265

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012914

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020169
Paciente:	AMPARO DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ	CC:	50908318
Edad:	54 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 16:01:59	Fecha Atención:	2024-05-30 15:58:56
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VALORACION POR NUTRICION POR SU IPS CONTINUAR SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA POR SU IPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SIN ALTERACION

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [x] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012915

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: AMPARO DEL CARMEN RODRIGUEZ LOPEZ
Identificacion: CC. - 50908318

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012916

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020165
Paciente:	ALBA ROSA ALVAREZ ARGEL	CC:	1067877555
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 15:38:07	Fecha Atención:	2024-05-30 15:35:56
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VALORACION POR NUTRICION POR SU IPS CONTINUAR SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA POR SU IPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SIN ALTERACION

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Realizacion Pruebas Complementarias
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Remitir a EPS
- ☐ Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012917

Alba Rosa Alvarez Arg

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: ALBA ROSA ALVAREZ ARGEL
Identificacion: CC. - 1067877555

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012918

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020198
Paciente:	ADRIANA PAOLA PASTRANA MARTINEZ	CC:	50987130
Edad:	40 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 16:33:17	Fecha Atención:	2024-05-31 15:49:41
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☐ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

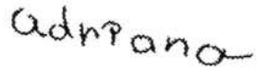
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012919





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: ADRIANA PAOLA PASTRANA MARTINEZ
Identificacion: CC. - 50987130

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012920

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240612020112
Paciente:	LUIS HILDEBRANDO ESCOBAR MADERA	CC:	10782442
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONDUCTOR		
Orígen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-12 15:41:58	Fecha Atención:	2024-06-12 11:36:24
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS. QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

LUIS

0012921

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: LUIS HILDEBRANDO ESCOBAR MADERA
Identificacion: CC. - 10782442

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012922

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024062402015
Paciente:	KEIDER JOSE PAEZ VILLADIEGO	CC:	1067964110
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONDUCTOR		
Orígen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-24 08:20:50	Fecha Atención:	2024-06-24 07:58:33
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
AUDIOMETRIA
VISIOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO

COMPLEMENTARIOS
CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Firma del Paciente: KEIDER JOSE PAEZ VILLADIEGO

0012923

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012924

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240702020114
Paciente:	JOSE LUIS OSORIO CALDERON	CC:	78703027
Edad:	53 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONDUCTOR		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-07-09 16:43:32	Fecha Atención:	2024-07-02 08:10:28
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO EN SU EPS CON MEDICO GENERAL PARA CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES (140/90) . VALORACION POR NUTRICION PARA CONTROL DEL PESO CORPORAL Y CONTROL VISUAL ANUAL CON OPTOMETRIA . PATOLOGIAS QUE NO LIMITAN SUS FUNCIONES DIARIAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CARDIOVASCULARES NI RESPIRATORIAS * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☒ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☒ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Quimico:	Incluir en sistema de vigilancia epidemiológica, tener en cuenta los químicos a los que están expuestos.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.
Respiratoria:	Uso de elementos de proteccion respiratoria adecuados para la exposicion.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La

0012925

Imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional Ocupacional: KETTY LILIAN CORDOBA CORDOBA
Registro M.D: 205622001
Licencia S.O: 202230005084

Firma del Paciente: JOSE LUIS OSORIO CALDERON
Identificacion: CC. - 78703027

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012926

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240624020120
Paciente:	CARLOS KENNEDY AGAMEZ LOZANO	CC:	6891187
Edad:	60 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONDUCTOR		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-24 09:48:59	Fecha Atención:	2024-06-24 09:45:01
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Carlos Agamez

0012927

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: CARLOS KENNEDY AGAMEZ LOZANO
Identificacion: CC. - 6891187

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012928

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020167
Paciente:	CAMILO ANDRES MARTINEZ MORENO	CC:	1067841474
Edad:	24 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONDUCTOR		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:56:24	Fecha Atención:	2024-05-31 12:03:39
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS. QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO. SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Camilo Martinez

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005

Firma del Paciente: CAMILO ANDRES MARTINEZ MORENO
Identificacion: CC. - 1067841474

0012929

Licencia S.O: 00323

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012930

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024053002016
Paciente:	ABEL FRANCISCO HERNANDEZ NERIO	CC:	10768533
Edad:	44 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 07:46:58	Fecha Atención:	2024-05-30 07:39:26
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. VALORACIÓN POR OPTOMRTRAI DE SU EPS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012931

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: ABEL FRANCISCO HERNANDEZ NERIO

Identificacion: CC. - 10768533

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012932

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020145
Paciente:	YONIS MANUEL PEREZ PEREZ	CC:	10774738
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:38:47	Fecha Atención:	2024-05-30 10:56:35
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012933

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: YONIS MANUEL PEREZ PEREZ
Identificacion: CC. - 10774738

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012934

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020144
Paciente:	YEISON GABRIEL BAUTISTA GUERRERO	CC:	1065003265
Edad:	31 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:19:46	Fecha Atención:	2024-06-04 11:00:23
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012935

Yeison BAutista

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: YEISON GABRIEL BAUTISTA GUERRERO
Identificacion: CC. - 1065003265

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012936

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020146
Paciente:	WILMAN ENRIQUE TRESPALACIOS MEJIA	CC:	10783943
Edad:	45 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:39:10	Fecha Atención:	2024-05-30 10:58:31
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Wilman Trespalacios

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Firma del Paciente: WILMAN ENRIQUE TRESPALACIOS MEJIA

0012937

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Identificacion: CC. - 10783943

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012938

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020126
Paciente:	WILDER ALFONSO RACIN PADILLA	CC:	6891903
Edad:	61 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 09:46:28	Fecha Atención:	2024-06-01 09:37:30
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL RECOMENDACIONES NUTRICIONALES QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, REALIZAR CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO EN EPS

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST 8 RECOMENDACIONES NUTRICIONALES QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, REALIZAR CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO EN EPS

0012939

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523

Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: WILDER ALFONSO RACIN PADILLA

Identificacion: CC. - 6891903

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012940

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020142
Paciente:	WILBERTO SEGUNDO GONZALEZ GUZMAN	CC:	78746376
Edad:	49 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:47:11	Fecha Atención:	2024-05-31 10:03:41
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL SEGUIMIENTO POR SU EPS DE PATOLOGIAS DE BASE

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0012941

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

wilberto

Firma del Paciente: WILBERTO SEGUNDO GONZALEZ GUZMAN

Identificacion: CC. - 78746376

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012942

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020144
Paciente:	WALTER ENRIQUE PAZ HERNANDEZ	CC:	6880986
Edad:	65 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:48:04	Fecha Atención:	2024-05-31 10:18:06
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012943

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: WALTER ENRIQUE PAZ HERNANDEZ

Identificacion: CC. - 6880986

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012944

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020182
Paciente:	VICTOR MANUEL ROMERO UPARELA	CC:	11004701
Edad:	46 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 15:10:18	Fecha Atención:	2024-05-31 14:41:50
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS VISIOMETRIA

LABORATORIO CLINICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012945

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: VICTOR MANUEL ROMERO UPARELA
Identificacion: CC. - 11004701

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012946

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020152
Paciente:	TOMAS ANTONIO ZUÑIGA PEREZ	CC:	10778605
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:41:37	Fecha Atención:	2024-05-30 11:13:17
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

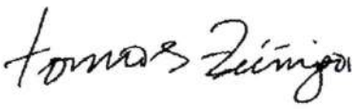
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012947





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: TOMAS ANTONIO ZUÑIGA PEREZ
Identificacion: CC. - 10778605

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012948

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020110
Paciente:	TIRSO MIGUEL ROQUEME ORTEAGA	CC:	78690007
Edad:	58 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 08:21:40	Fecha Atención:	2024-06-04 08:06:10
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0012949

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Tirso Roqueme

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: TIRSO MIGUEL ROQUEME ORTEAGA

Identificacion: CC. - 78690007

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012950

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020166
Paciente:	SILFREDO ANTONIO BRAVO MORA	CC:	1067871609
Edad:	37 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 15:56:43	Fecha Atención:	2024-06-04 15:24:20
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO NUTRICIONISTA POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012951



SILFREDO A. BRAVO

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: SILFREDO ANTONIO BRAVO MORA

Identificacion: CC. - 1067871609

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012952

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024090602011
Paciente:	ROYMAN ALFREDO LOPEZ ALMANZA	CC:	1067935956
Edad:	29 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MENSAJERO		
Orígen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-09-06 11:51:58	Fecha Atención:	2024-09-06 07:26:25
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012953

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ROYMAN ALFREDO LOPEZ ALMANZA
Identificacion: CC. - 1067935956

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012954

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020130
Paciente:	RODRIGO DE JESUS SANCHEZ DUEÑAS	CC:	1003045799
Edad:	22 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 10:31:17	Fecha Atención:	2024-06-01 10:25:59
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD,
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☐ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012955



Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Rodrigo Sanchez D

Firma del Paciente: RODRIGO DE JESUS SANCHEZ DUEÑAS
Identificacion: CC. - 1003045799

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012956

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020162
Paciente:	ROBINSON ANTONIO FAJARDO PAEZ	CC:	1062677378
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 15:17:22	Fecha Atención:	2024-05-30 15:14:53
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VALORACION POR NUTRICION POR SU IPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SIN ALTERACION

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Realizacion Pruebas Complementarias
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Remitir a EPS
- ☐ Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: ROBINSON ANTONIO FAJARDO PAEZ
Identificacion: CC. - 1062677378

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012957

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020129
Paciente:	REMBERTO MANUEL TALAIGUA MORALES	CC:	10772401
Edad:	44 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 10:48:48	Fecha Atención:	2024-06-01 10:19:08
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES RECOMENDACIONES NUTRICIONALES QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, REALIZAR CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO EN EPS * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0012958

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: REMBERTO MANUEL TALAIGUA MORALES

Identificacion: CC. - 10772401

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012959

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020127
Paciente:	RAFAEL BOLIVAR LOPEZ PEREZ	CC:	78698242
Edad:	55 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 10:11:41	Fecha Atención:	2024-06-01 09:45:21
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Trabajo en Alturas:	Capacitacion y certificacion en alturas
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0012960

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: RAFAEL BOLIVAR LOPEZ PEREZ
Identificacion: CC. - 78698242

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012961

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020131
Paciente:	PEDRO JEAN VILLALBA ZABALA	CC:	84070857
Edad:	52 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 09:28:34	Fecha Atención:	2024-05-31 09:26:31
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012962



PEDRO VILLALBA

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: PEDRO JEAN VILLALBA ZABALA
Identificacion: CC. - 84070857

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012963

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020113
Paciente:	PEDRO JOSE CEBALLOS GONZALEZ	CC:	6888200
Edad:	62 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 09:21:49	Fecha Atención:	2024-06-01 08:07:21
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

RECOMENDACIONES AL ENFASIS:
* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS
* SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN
HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012964



Pedro Ceballos

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: PEDRO JOSE CEBALLOS GONZALEZ
Identificacion: CC. - 6888200

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012965

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240611020129
Paciente:	OSVALDO SEGUNDO PEREZ MACHADO	CC:	1067853891
Edad:	36 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	VIGILANTE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-11 10:34:39	Fecha Atención:	2024-06-11 10:33:28
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Osvaldo Perez

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Firma del Paciente: OSVALDO SEGUNDO PEREZ MACHADO

0012966

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Identificacion: CC. - 1067853891

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012967

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020124
Paciente:	ORLANDO MANUEL SOTO MARTINEZ	CC:	10771231
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:35:42	Fecha Atención:	2024-05-30 09:17:58
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0012968

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Orlando SOTO M

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ORLANDO MANUEL SOTO MARTINEZ

Identificacion: CC. - 10771231

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012969

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020128
Paciente:	ORLANDO DE JESUS MUÑETON MISAS	CC:	8038111
Edad:	56 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 09:39:23	Fecha Atención:	2024-06-05 09:37:54
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012970

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Orlando muñeton

Firma del Paciente: ORLANDO DE JESUS MUÑETON MISAS
Identificacion: CC. - 8038111

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012971

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020138
Paciente:	OMAR ENRIQUE FONSECA ARRIETA	CC:	11003237
Edad:	52 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 10:41:29	Fecha Atención:	2024-05-30 10:28:08
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	**NO CUMPLE CON REQUERIMIENTOS MEDICOS PARA EL CARGO PARA PRESERVAR Y MANTENER LA SALUD DEL ASPIRANTE**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	PACIENTE QUIEN AL EXAMEN FISICO PRESENTA LIMITACIÓN MARCADA PARA VISIÓN CERCANA E HIPOACUSIA NO ESTA APTO PARA DESEMPEÑAR LABOR DE CONSERJE
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Realizacion Pruebas Complementarias
- ☐ Continuar Manejo Medico
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: PACIENTE QUIEN POR PATOLOGIA VISUAL Y AUDITIVA SE RECOMIENDA NO REALIZAR LABORES DE CONSERJO POR EL RIESGO QUE IMPLICA PARA EL PACIENTE

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012972

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: OMAR ENRIQUE FONSECA ARRIETA
Identificacion: CC. - 11003237

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012973

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024053102012
Paciente:	OCTAVIO MIGUEL TORRES PEREZ	CC:	1067890643
Edad:	33 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 07:28:41	Fecha Atención:	2024-05-31 07:26:07
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012974



Octavio M. Torres

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: OCTAVIO MIGUEL TORRES PEREZ

Identificacion: CC. - 1067890643

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012975

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024053002018
Paciente:	MILTON MANUEL MAUSSA LEON	CC:	1067884329
Edad:	34 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:32:30	Fecha Atención:	2024-05-30 07:50:39
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012976

MILTÓN MAUSSA

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: MILTON MANUEL MAUSSA LEON
Identificacion: CC. - 1067884329

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012977

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020148
Paciente:	MAURICIO MANUEL NAVARRO RAMIREZ	CC:	1067884639
Edad:	36 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:36:49	Fecha Atención:	2024-05-30 11:03:54
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD,
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012978

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: MAURICIO MANUEL NAVARRO RAMIREZ
Identificacion: CC. - 1067884639

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012979

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020133
Paciente:	MAURICIO CARVAJAL NARVAEZ	CC:	1067868479
Edad:	35 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 10:15:49	Fecha Atención:	2024-05-30 10:11:07
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	**PRESENTA RESTRICCION**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012980

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: MAURICIO CARVAJAL NARVAEZ
Identificacion: CC. - 1067868479

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012981

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020114
Paciente:	MARIO JAVIER ARRIETA ARTEAGA	CC:	11002393
Edad:	46 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 08:29:10	Fecha Atención:	2024-06-04 08:25:51
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012982

Sandra Teran

Mario Arrieta

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: MARIO JAVIER ARRIETA ARTEAGA

Identificacion: CC. - 11002393

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012983

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020172
Paciente:	MARIA EUGENIA LEON AYALA	CC:	1067845988
Edad:	40 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 16:12:23	Fecha Atención:	2024-06-05 16:08:57
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIAS, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012984

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Maria León

Firma del Paciente: MARIA EUGENIA LEON AYALA
Identificacion: CC. - 1067845988

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012985

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020144
Paciente:	MARCO TULIO RAMIREZ LOZANO	CC:	78749490
Edad:	48 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:36:33	Fecha Atención:	2024-05-30 10:50:58
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

MARCO T

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Firma del Paciente: MARCO TULIO RAMIREZ LOZANO

0012986

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Identificacion: CC. - 78749490

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012987

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020143
Paciente:	MANUEL ANDRES CORDERO HOYOS	CC:	1067855935
Edad:	36 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:38:24	Fecha Atención:	2024-05-30 10:48:02
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012988



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: MANUEL ANDRES CORDERO HOYOS
Identificacion: CC. - 1067855935

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012989

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020175
Paciente:	MANUEL DARIO COLON CAÑAVERA	CC:	78713517
Edad:	51 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 14:33:42	Fecha Atención:	2024-05-31 14:20:26
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012990

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: MANUEL DARIO COLON CAÑAVERA
Identificacion: CC. - 78713517

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012991

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020126
Paciente:	MANUEL JOSE ALARCON. NAVARRO	CC:	6879497
Edad:	66 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:36:46	Fecha Atención:	2024-05-30 09:28:00
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012992

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: MANUEL JOSE ALARCON. NAVARRO
Identificacion: CC. - 6879497

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012993

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240607020128
Paciente:	LUIS ALBERTO RUIZ LAGARES	CC:	6891116
Edad:	61 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CELADOR		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-07 09:22:19	Fecha Atención:	2024-06-07 09:07:49
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle

0012994

los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182



Firma del Paciente: LUIS ALBERTO RUIZ LAGARES
Identificacion: CC. - 6891116

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012995

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020141
Paciente:	LUIS ERNESTO PLAZA GOMEZ	CC:	1067949689
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 10:55:08	Fecha Atención:	2024-05-30 10:53:22
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012996



LUIS

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: LUIS ERNESTO PLAZA GOMEZ
Identificacion: CC. - 1067949689

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012997

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020135
Paciente:	LUIS ALBERTO PAYARES ACOSTA	CC:	78749753
Edad:	48 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 10:24:28	Fecha Atención:	2024-05-30 10:20:47
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0012998



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: LUIS ALBERTO PAYARES ACOSTA

Identificacion: CC. - 78749753

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0012999

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020164
Paciente:	LUIS MANUEL HERNANDEZ VERTEL	CC:	1067938778
Edad:	29 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 15:54:11	Fecha Atención:	2024-06-04 15:14:13
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA GENERAL APARENTE, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

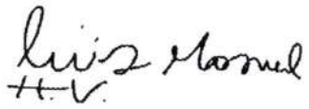
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013000



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: LUIS MANUEL HERNANDEZ VERTEL

Identificacion: CC. - 1067938778

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013001

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020148
Paciente:	LEDIS KARINA MORELO PRIMERA	CC:	1003396207
Edad:	25 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:38:14	Fecha Atención:	2024-06-04 11:15:03
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013002



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

ledis morelo

Firma del Paciente: LEDIS KARINA MORELO PRIMERA
Identificacion: CC. - 1003396207

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013003

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240625020115
Paciente:	JULIO CESAR HERNANDEZ HERNADEZ	CC:	10779462
Edad:	47 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	VIGILANTE		
Origen:	SU PERSONAL E.S.T LTDA	Destino:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Fecha Salida:	2024-06-25 15:56:40	Fecha Atención:	2024-06-25 15:53:04
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIAS RELACIONADOS CON EL COVID -19
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013004



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

JulioHH

Firma del Paciente: JULIO CESAR HERNANDEZ HERNADEZ
Identificacion: CC. - 10779462

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013005

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024060102014
Paciente:	JULIO CESAR BAUTISTA MACEA	CC:	78699515
Edad:	56 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 07:35:05	Fecha Atención:	2024-06-01 07:31:29
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013006





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: JULIO CESAR BAUTISTA MACEA
Identificacion: CC. - 78699515

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013007

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020137
Paciente:	JULIAN JAVIER AYALA MARTINEZ	CC:	10966468
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 10:27:22	Fecha Atención:	2024-05-30 10:24:33
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

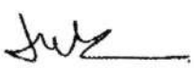
Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. valoracion por nutricion de su eps

0013008

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523

Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: JULIAN JAVIER AYALA MARTINEZ

Identificacion: CC. - 10966468

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013009

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024053002013
Paciente:	JUAN ANDRES RAMOS REYES	CC:	6872460
Edad:	66 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 07:34:05	Fecha Atención:	2024-05-30 07:26:37
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

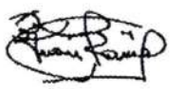
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

0013010

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: JUAN ANDRES RAMOS REYES
Identificacion: CC. - 6872460

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013011

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020121
Paciente:	JUAN GABRIEL OSSA HUMANEZ	CC:	78745216
Edad:	51 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:34:52	Fecha Atención:	2024-05-30 09:12:11
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

0013012

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Manipulacion de Alimentos:	Educación en normas de manipulación de alimentos, Buenas Practicas de Manufactura (BPM) y lavado de manos.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. CONTINUAR SEGUIMIENTO PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: JUAN GABRIEL OSSA HUMANEZ
Identificacion: CC. - 78745216

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013013

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020154
Paciente:	JUAN GABRIEL JARABA JARABA	CC:	72247009
Edad:	44 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 14:29:15	Fecha Atención:	2024-06-05 14:24:44
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO NUTRICIONISTA POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013014

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Juan Jaraba

Firma del Paciente: JUAN GABRIEL JARABA JARABA
Identificacion: CC. - 72247009

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013015

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020113
Paciente:	JUAN BAUTISTA RODRIGUEZ ALCALA	CC:	78700007
Edad:	55 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 08:42:29	Fecha Atención:	2024-05-30 08:36:26
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. valoracion por el programa de riesgo cardiovascular de su EPS

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0013016

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: JUAN BAUTISTA RODRIGUEZ ALCALA
Identificacion: CC. - 78700007

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013017

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020144
Paciente:	JOSSIMAR JOSE DURANGO VILLADIEGO	CC:	1068659186
Edad:	37 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 10:43:52	Fecha Atención:	2024-06-05 10:40:27
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013018

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: JOSSIMAR JOSE DURANGO VILLADIEGO
Identificacion: CC. - 1068659186

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013619

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020114
Paciente:	JOSE CARLOS SALAZAR MARTINEZ	CC:	11001436
Edad:	46 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:33:10	Fecha Atención:	2024-05-30 08:39:44
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones

0013020

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Jose Salazar

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: JOSE CARLOS SALAZAR MARTINEZ

Identificacion: CC. - 11001436

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013021

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020140
Paciente:	JOSE MIGUEL PAYARES DIAZ	CC:	78692472
Edad:	62 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 10:35:50	Fecha Atención:	2024-05-30 10:33:48
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013022

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: JOSE MIGUEL PAYARES DIAZ
Identificacion: CC. - 78692472

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013023

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240624020119
Paciente:	JOSE LUIS MARTINEZ BARRIOS	CC:	1020795185
Edad:	29 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	ASISTENTE ADMISTRATIVO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-24 09:41:37	Fecha Atención:	2024-06-24 09:38:57
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

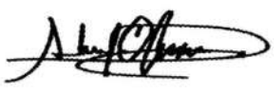
Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013024



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: JOSE LUIS MARTINEZ BARRIOS
Identificacion: CC. - 1020795185

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013025

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020124
Paciente:	JOSE DOMINGO HERNANDEZ ARTEAGA	CC:	78031242
Edad:	45 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Orígen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 09:59:12	Fecha Atención:	2024-06-04 09:40:39
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0013026

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: JOSE DOMINGO HERNANDEZ ARTEAGA

Identificacion: CC. - 78031242

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013027

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28		
Paciente:	JOSE GREGORIO GUZMAN CALDERIN	Nro Ingreso:	20240530020115
Edad:	53 años	CC:	10775572
Género:	Masculino	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Cargo:	CONSERJE	Tipo Evaluación:	Ingreso
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA		
Fecha Salida:	2024-05-30 09:07:04	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Sede:	PRINCIPAL	Fecha Atención:	2024-05-30 09:02:20



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
VISIOMETRIA

LABORATORIO CLINICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS
VALORACION POR OPTOMETRIA DE SU EPS

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

RECOMENDACIONES AL ENFASIS:
* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS
* SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN
HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Realizacion Pruebas Complementarias
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Remitir a EPS
- ☐ Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTI DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. VALORACION POR OPRTOMETRIA SU EPS

Autorizo al médico ocupacional quien fi bajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la natu y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentim en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento trictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la ación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección los diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclini respondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cua en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0013028

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Jose Gorman C

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523

Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: JOSE GREGORIO GUZMAN CALDERIN

Identificacion: CC. - 10775572

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013029

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20241113020123
Paciente:	JORGE ANDRES VERGARA BUELVAS	CC:	1067852055
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-11-13 10:50:11	Fecha Atención:	2024-11-13 09:38:33
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013030

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: JORGE ANDRES VERGARA BUELVAS

Identificacion: CC. - 1067852055

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013031

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020145
Paciente:	JORGE LUIS POLO MORA	CC:	11004017
Edad:	50 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:48:41	Fecha Atención:	2024-05-31 10:29:36
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR. NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013032

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: JORGE LUIS POLO MORA
Identificacion: CC. - 11004017

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013933

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020153
Paciente:	JORGE MARIO MARTINEZ SOLORZANO	CC:	88252244
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:51:31	Fecha Atención:	2024-05-31 11:13:47
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013034

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: JORGE MARIO MARTINEZ SOLORZANO

Identificacion: CC. - 88252244

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013035

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador:	230010172301
No. Identificación	900754805-2
Dirección:	CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono:	7953219-3013716603
Email:	CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020154
Paciente:	JORGE ELIECER LOPEZ SARMIENTO	CC:	1062431212
Edad:	23 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 11:15:42	Fecha Atención:	2024-05-31 11:14:12
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013036



Jorge Lopez S.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: JORGE ELIECER LOPEZ SARMIENTO

Identificacion: CC. - 1062431212

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013037

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020170
Paciente:	JORGE ANTONIO CAMPO VELASQUEZ	CC:	78716628
Edad:	52 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 16:12:51	Fecha Atención:	2024-05-30 16:07:08
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VALORACION POR OPTOMETRIA POR SU IPS VALORACION PO OFTALMOLOGIA POR SU IPS REQUIERE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL PARA SEGUIMIENTO POR HERNIA UMBILICAL NO COMPLICADA EVITAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS QUE EXCEDAN LOS 30 KG BIMANUAL
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SIN ALTERACION

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Realizacion Pruebas Complementarias
- ☐ Continuar Manejo Medico
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

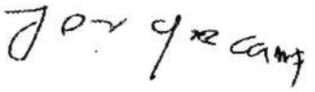
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013038





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: JORGE ANTONIO CAMPO VELASQUEZ
Identificacion: CC. - 78716628

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013039

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020174
Paciente:	JHONNY DE JESUS CONDE GOMEZ	CC:	1063173248
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 16:19:40	Fecha Atención:	2024-06-05 16:16:24
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA GENERAL APARENTE, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013040



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Jhonny

Firma del Paciente: JHONNY DE JESUS CONDE GOMEZ

Identificacion: CC. - 1063173248

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013041

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240607020138
Paciente:	JHONATAN ARTURO TORRES MENDOZA	CC:	1003403704
Edad:	24 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-07 11:39:52	Fecha Atención:	2024-06-07 10:26:16
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

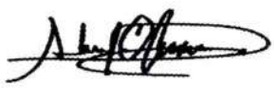
Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013042



Jhonatan torres

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: JHONATAN ARTURO TORRES MENDOZA

Identificacion: CC. - 1003403704

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013043

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240611020146
Paciente:	JHON FREDY ARRIETA ARRIETA	CC:	1067935396
Edad:	29 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-11 14:50:57	Fecha Atención:	2024-06-11 14:34:57
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005

Firma del Paciente: JHON FREDY ARRIETA ARRIETA
Identificacion: CC. - 1067935396

0013044

Licencia S.O: 00323

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013045

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020129
Paciente:	JESUS ALBERTO GUZMAN HOYOS	CC:	1067949862
Edad:	27 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 09:18:50	Fecha Atención:	2024-05-31 09:14:43
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Jesus Guzman

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Firma del Paciente: JESUS ALBERTO GUZMAN HOYOS

0013046

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Identificacion: CC. - 1067949862

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013047

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020159
Paciente:	JESUS MANUEL BUELVAS JIMENEZ	CC:	78704572
Edad:	53 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 14:51:22	Fecha Atención:	2024-05-30 14:47:54
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	MEJORAR LOS HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE VALORACION POR OPTOMETRIA POR SU IPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SIN RESTRICCION

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Jesus M Buelvas Jimenez

0013048

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: JESUS MANUEL BUELVAS JIMENEZ
Identificacion: CC. - 78704572

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013049

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020112
Paciente:	JAIRO ANDRES NIÑO ACEVEDO	CC:	1233345542
Edad:	24 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:32:49	Fecha Atención:	2024-05-30 08:30:09
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

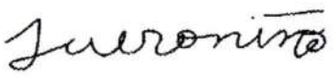
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013050





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: JAIRO ANDRES NIÑO ACEVEDO
Identificacion: CC. - 1233345542

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013051

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020152
Paciente:	JAIME LUIS FUENTES MORELO	CC:	1064308319
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:50:59	Fecha Atención:	2024-05-31 11:06:38
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0013052

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

JAIME

Firma del Paciente: JAIME LUIS FUENTES MORELO
Identificacion: CC. - 1064308319

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013053

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024053102016
Paciente:	JAIME ENRIQUE CONEO LOPEZ	CC:	10933150
Edad:	56 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:40:55	Fecha Atención:	2024-05-31 07:33:54
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013054



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

JAIME

Firma del Paciente: JAIME ENRIQUE CONEO LOPEZ
Identificacion: CC. - 10933150

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013055

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020124
Paciente:	JADER MANUEL RODRIGUEZ MESTRA	CC:	78749821
Edad:	48 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Orígen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:52:05	Fecha Atención:	2024-05-31 08:56:33
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0013056

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: JADER MANUEL RODRIGUEZ MESTRA

Identificacion: CC. - 78749821

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013057

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020126
Paciente:	HERNAN DARIO BRUNAL HERRERA	CC:	10777706
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:53:10	Fecha Atención:	2024-05-31 09:06:48
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013058

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: HERNAN DARIO BRUNAL HERRERA

Identificacion: CC. - 10777706

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013059

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020134
Paciente:	HERMEN MARIA DIAZ COGOLLO	CC:	6894747
Edad:	60 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 10:17:21	Fecha Atención:	2024-05-30 10:15:33
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013060

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: HERMEN MARIA DIAZ COGOLLO
Identificacion: CC. - 6894747

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013061

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024053102014
Paciente:	GUSTAVO ALFONSO BENAVIDEZ PEÑA	CC:	78709981
Edad:	51 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 11:56:50	Fecha Atención:	2024-05-31 07:22:26
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☐ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones

0013062

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Gustavo Benavides

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: GUSTAVO ALFONSO BENAVIDEZ PEÑA

Identificacion: CC. - 78709981

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013063

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020156
Paciente:	GUILLERMO ANTONIO SOTELO	CC:	78714755
Edad:	56 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:43:38	Fecha Atención:	2024-05-30 11:28:34
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013064

Guillermo Sotelo

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: GUILLERMO ANTONIO SOTELO
Identificacion: CC. - 78714755

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013065

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024110702015
Paciente:	GREGORIO DANIEL ENSUNCHO PADILLA	CC:	1003192592
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-11-07 08:33:42	Fecha Atención:	2024-11-07 08:21:57
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

GREGORIO

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Firma del Paciente: GREGORIO DANIEL ENSUNCHO PADILLA

0013066

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Identificacion: CC. - 1003192592

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013067

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020166
Paciente:	GLORIA LUZ SEÑA LOZANO	CC:	26201627
Edad:	40 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 15:35:03	Fecha Atención:	2024-06-05 15:28:37
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO POR MEDICO DE SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD..
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

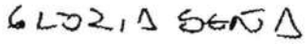
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013068





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: GLORIA LUZ SEÑA LOZANO
Identificacion: CC. - 26201627

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013069