



**JUAN DAVID VELEZ VILLA**

**Prestador:** 053211270201

**No. Identificación** 71738933

**Dirección:** Calle 31 # 24-38 Barrio Nueva Urbanización

**Telefono:** 3118249465

**Email:** preventivaocupacionalips@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR**



## Información General

|                  |                                 |                  |                                    |
|------------------|---------------------------------|------------------|------------------------------------|
| Fecha impresión: | MEDELLÍN - 2025/01/03           | Nro Ingreso:     | 20250103020517                     |
| Paciente:        | HADER DE JESUS VALENCIA VASQUEZ | CC:              | 98500689                           |
| Edad:            | 59 años                         | Nombre Cliente:  | INDEPENDIENTE - EXAMEN OCUPACIONAL |
| Género:          | Masculino                       | Tipo Evaluación: | Preingreso                         |
| Cargo:           | CONTADOR                        | Convenio:        | INDEPENDIENTE - EXAMEN OCUPACIONAL |
| Fecha Atención:  | 2025-01-03 16:11:36             |                  |                                    |
| Sede:            | SEDE MEDELLIN                   |                  |                                    |



## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

### PARACLINICOS

### LABORATORIO CLINICO

### COMPLEMENTARIOS

### VACUNAS

## Certificación de Aptitud

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: | PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES QUE NO RESTRINGEN LA LABOR   |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO:    | <p>PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO COMO CONTADOR CON RECOMENDACIONES QUE NO LIMITAN EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES AL CARGO ACTUAL.</p> <p>DEBE CONTINUAR CON LOS CONTROLES Y TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS POR PARTE DEL MÉDICO TRATANTE CON RELACIÓN A LA PATOLOGÍA DE BASE QUE POR EL MOMENTO NO LE GENERA RESTRICCIONES.</p> <p>DEBE CONTINUAR CON LOS CONTROLES PERIÓDICOS POR OPTOMETRÍA CON EL USO DE LA FORMULA VISUAL CORRECTIVA PRESCRITA DE USO PERMANENTE DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES LABORALES Y DE LA VIDA DIARIA.</p> <p>HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE QUE INCLUYE ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN AZÚCARES PROCESADOS, HARINAS Y GRASAS, AUMENTANDO LA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS.</p> <p>CONTROL NUTRICIONAL Y METABÓLICO. DISMINUCIÓN Y CONTROL DEL PESO.</p> <p>HIGIENE POSTURAL Y CONTROL ERGONÓMICO, REALIZANDO ESTIRAMIENTO DE GRUPOS MUSCULARES Y PAUSAS ACTIVAS. SE RECOMIENDA ALTERNAR DE MANERA FRECUENTE LA POSICIÓN DEL CUERPO, EVITANDO POSTURAS PROLONGADAS.</p> <p>CUMPLIR CON LAS NORMAS Y DIRECTRICES EMITIDAS POR EL ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.</p> <p>DE REALIZAR MANIPULACIÓN DE PESOS Y CARGAS, HACERLO DE FORMA ADECUADA, DOBLANDO RODILLAS Y CON LA ESPALDA RECTA, CUMPLIENDO LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE, SIN EXCEDER LOS LÍMITES ESTABLECIDOS.</p> <p>CONTINUAR CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO PARA EL RIESGO BIOLÓGICO.</p> <p>USO ADECUADO DE TODOS LOS EPI'S REQUERIDOS Y NECESARIOS PARA EL CARGO.</p> <p>INFORMAR AL ÁREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CUALQUIER NOVEDAD EN SU ESTADO DE SALUD QUE AFECTE EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES, AL IGUAL QUE CUALQUIER CONDICIÓN EN EL AMBIENTE DE TRABAJO QUE PUEDA AFECTAR LA SALUD INDIVIDUAL O COLECTIVA.</p> <p>CONTINUAR CON LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO, ESTABLECIENDO LOS TIEMPOS DE REPOSO Y RECUPERACIÓN FÍSICA Y MENTAL PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.</p> <p>ESTE CONCEPTO NO APLICA PARA LABORES DE ALTO RIESGO COMO ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS.</p> <p>SE EXPLICA QUE TIENE UNA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD.</p> |

ENFASIS - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES AL ENFASIS: ESTIRAMIENTO DE LOS GRUPOS MUSCULARES DESCRITOS. MANIPULACION DE PESOS Y CARGAS SIN EXCEDER LOS PESOS ESTABLECIDOS, DOBLANDO RODILLAS Y CON LA ESPALDA RECTA. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE MANERA FRECUENTE, ALTERNANDO DE POSICIÓN. SE RECOMIENDA REALIZAR ALTERNANCIA DEL PUESTO DE TRABAJO, EVITANDO POSTURAS PROLONGADAS.

## Recomendaciones Generales

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Examen Periodico Ocupacional | <input type="checkbox"/> Realizacion Pruebas Complementarias | <input checked="" type="checkbox"/> Continuar Manejo Medico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pausas Activas               | <input type="checkbox"/> Uso de E.P.I.                       |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Postural             | <input type="checkbox"/> Remitir a EPS                       |   |

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento físico según requerimientos del cargo. Adecuación ergonómica de puestos de trabajo según disposición de la empresa. Capacitación para manejo de cargas según 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 azúcares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periódicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periódico de peso, control de tensión arterial preventiva.

## Nota del Concepto / Restricciones / Pruebas Realizadas

---

**Tipo Limitación:** ninguna

**Observación:** PARA LA EMISIÓN DE ESTE CONCEPTO SE REALIZÓ EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR. NO PRESENTA RESTRICCIONES PARA EL CARGO COMO CONTADOR CUMPLIENDO CON LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS.

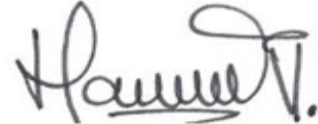
Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política 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 presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de JUAN DAVID VELEZ VILLA.



Profesional Ocupacional: Juan David Velez Villa

Registro M.D: 5051801

Licencia S.O: 302393/2015



Firma del Paciente: HADER DE JESUS VALENCIA VASQUEZ

Identificación: CC. - 98500689

Todos los derechos reservados - [www.innovasoftcol.com](http://www.innovasoftcol.com)