ID: CC-1045522236

Fecha: 2026/09/04 09:06:25

MULTISERVICIOS LATEANA EXPRESS S.A.S

PRESTADOR: 0000000001
IDENTIFICACIÓN: NI - 901351752-4
DIRECCIÓN: CLLE110 16-01
TELÉFONO: 3122719252
EMAIL: GERENCIALATEANA@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

FECHA DE IMPRESION: 2026/09/04 09:06:26

VERSION DEL DOCUMENTO: 2.1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE:	YERLING MELISA MOYA VALENCIA	**FECHA DE NACIMIENTO:**	1996-10-08
IDENTIFICACIÓN:	CC - 1045522236	**EDAD:**	29 AÑOS
SEXO:	FEMENINO		
FONDO DE PENSIONES:	PROTECCIÓN		
EPS:	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA B ALTDA. COOSALUD E.S.S.	**ARL:**	NO TIENE AFILIACION



DATOS DEL CLIENTE

NOMBRE:	MULTISERVICIOS LATEANA EXPRESS S.A.S	**IDENTIFICACIÓN:**	NIT - 901351752
EMPRESA CONTRATANTE:	PARTICULAR	**EMPRESA A LABORAR:**	PARTICULAR
CONVENIO:	CONTRATO NO 886 : MULTISERVICIOS LATEANA EXPRESS S.A.S : CONSOLIDADO	**ACTIVIDAD ECONOMICA:**	ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN

DATOS DE LA ATENCIÓN

NRO. INGRESO:	20260904020111	**TIPO DE EVALUACION:**	PREINGRESO
CARGO:	AUXILIAR ENFERMERIA	**FECHA DE ATENCIÓN:**	2026-09-04 09:02:01.000
DPTO/CIUDAD DE ATENCIÓN:	ANTIOQUIA / TURBO		

PRUEBAS DE APOYO DIAGNÓSTICO

PARACLÍNICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS

CERTIFICACIÓN DE APTITUD

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO: SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE
2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO
3. AUTOCUIDADO PERSONAL
4. HIGIENE POSTURAL
5. PAUSAS ACTIVAS
6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS
7. LAVADO DE MANOS CONSTANTEMENTE

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

RECOMENDACIONES: EN EL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL REALIZADO SE HIZO UNA COMPLETA REVISIÓN DE SU SISTEMA OSTEOMUSCULAR, EXTREMIDADES Y COLUMNA, BUSCANDO PATOLOGÍAS O SECUELAS DE ESTAS QUE PUDIERAN CONSTITUIR UN RIESGO AUMENTADO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SU TRABAJO HABITUAL, O DE AQUELLAS QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS. CUALQUIER ALTERACIÓN SIGNIFICATIVA ENCONTRADA SE AMPLIARÁ EN EL CERTIFICADO MÉDICO, CON EL OBJETO DE DEFINIR SU ESTADO, IMPLICACIONES OCUPACIONALES O LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO

RECOMENDACIONES

» GENERALES

☑ EXAMEN PERIÓDICO OCUPACIONAL ☑ PAUSAS ACTIVAS ☑ USO DE E.P.I. ☑ HIGIENE POSTURAL

» 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.

» ESPECÍFICAS Y/O RESTRICCIONES PARA LA LABOR

TIPO LIMITACIÓN: NINGUNA OBSERVACIÓN: NINGUNA

» MEDICO LABORALES

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico 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 de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral trabajo. Pausa activa visual. Auditiva: Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva

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 informó 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 presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de MULTISERVICIOS LATEANA EXPRESS S.A.S. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Lidelcy M. Torres Yepes
Médico SST
R.M. 2315[illegible]2012
Resolución 01121

LIDELCY MARIA TORRES YEPES
ESPECIALIDAD: SALUD OCUPACIONAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 45583717
LICENCIA SST: 01121

Yerling moya.

YERLING MELISA MOYA VALENCIA
FIRMA DEL PACIENTE
IDENTIFICACIÓN: CC. - 1045522236

Todos los derechos reservados - https://site.isismaweb.com/