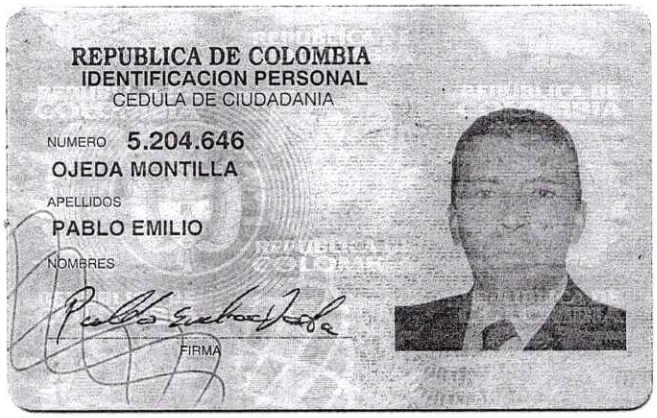
04


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 5.204.646
OJEDA MONTILLA
APELLIDOS
PABLO EMILIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1963
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-DIC-1981 CHACHAGUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2303800-00180349-M-0005204646-20090923 0016452289A 1 27154365
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14919896211

(415)7707212489984(8020) 000001491989621 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 2 0 4 6 4 6	2	Impuestos y Aduanas de Pasto	1 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 0 4 6 4 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Nariño 5 2	Chachagüí 2 4 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OJEDA	MONTILLA	PABLO	EMILIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	Chachagüí 2 4 0

41. Dirección principal
BRR BELLA VISTA

42. Correo electrónico ojedamontilla19@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 8 3 8 8 7 1 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 1 1 0	2 0 0 8 0 1 1 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre OJEDA MONTILLA PABLO EMILIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

.FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ojeda	Montilla	Pablo Emilio

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 5.204.646

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 01 MES 10 AÑO 1963

DEPTO Nariño

MUNICIPIO Chachagüí

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Barrio Bella Vista

PAÍS Colombia DEPTO Nariño

MUNICIPIO Chachagüí

TELÉFONO 3138388710 EMAIL

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Basica Primaria
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 06 AÑO 1979

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Centro de salud Nuestra Sra Fatima	1	6
Alcaldia Municipal Chachagüí	7	
Comfamiliar de Nariño	10	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Pablo Emilio Ojeda Montilla

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 5.204.646 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia | Departamento Nariño | Municipio Chachagüí

Dirección Barrio Bella Vista | Teléfonos 313.8388710

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Luz Marina Gamez		Esposa
Andres Ojeda		Hijo
Deisy Ojeda		Hija
Dario Ojeda		Hijo
Marcela Ojeda		Hija
Alexandra Ojeda		Hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** [ ] **PARA RETIRARME** [ ] **PARA ACTUALIZACION** [ ] **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ] ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	17.400.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 17.400.000 -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	Casa	70.000.000
Motocicleta	Motocicleta	8.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** ☐ 1 **NO** ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Chachagüí 06-01-2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES Y EMPLEADOS SARLAFT

CLIENTE	PROVEEDOR	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
				AÑO	MES	DIA

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (PARA LAS PERSONAS JURÍDICAS ESTA INFORMACIÓN SERÁ LA DEL REPRESENTANTE LEGAL)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Ojeda	Montillo	Pablo Emilio

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	NACIONALIDAD
C.C [X] C.E [ ] PAS. [ ] NO. 5.204.646	DIA 14 MES 12 AÑO 1981	Colombiano

LUGAR DE NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA	CIUDAD
DIA 01 MES 10 AÑO 1963	Nariño	Chachagüí	Barrio Bella Vista	Chachagüí
			TELEFONO FIJO	CELULAR
				313.838 8710

E-mail:

[ ] ASALARIADO [X] INDEPENDIENTE [ ] PENSIONADO

OCUPACIÓN/OFICIO:	PROFESION :	ESTADO CIVIL:
Oficios Varios	Independiente	Casado

DATOS DE LA EMPRESA (SI ES PERSONA JURÍDICA)

RAZON SOCIAL:	NIT:

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL DE LA EMPRESA:	CIUDAD	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO

TIPO DE EMPRESA	ACTIVIDAD ECONOMICA
[ ] PUBLICA [ ] PRIVADA [ ] MIXTA	[ ] INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] TRANSPORTE [ ] CONSTRUCCIÓN CIVIL [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] OTRA, CUAL: _____ CODIGO DE ACITIVIDAD " CIIU" _____

VIGILADO Supersalud

2. DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)
   Oficios Varios
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la ESE Centro de Salud Nuestra Señora de Fátima, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este Formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leido , entendido y Aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento.

Firma Representante Legal y/o persona natural

VIGILADO Supersalud

Adriana Salas Gómez
MEDICA CIRUJANA
ESP.GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
UNIVERSIDAD CES
REGISTRO MEDICO 521659-07
LICENCIA SST 3377-19

8. CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO: Condiciones de salud que no interfieren con la capacidad laboral del trabajador y los requerimientos del perfil del cargo

Osteomuscular: Clasificación en el sistema de vigilancia epidemiológica osteomuscular: de acuerdo a la información disponible y al examen realizado se clasifica como ***No Caso.***

Sin patologías osteomusculares que interfieran con su capacidad laboral ni con los requerimientos del perfil del cargo.

Fundamentos de Remisión: Control medico en EPS

Dra. Adriana Salas Gómez
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RM: 3377 - 12/12/19

ADRIANA SALAS GOMEZ
MÉD/ ESP. SST
LIC. No 3377/19

PABLO EMILIO OJEDA MONTILLA
CC 5204646 CHACHAGUI NAR

Consentimiento informado del trabajador: Autorizo al médico ocupacional que firma arriba a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que la historia clínica ocupacional es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Autorizo al médico ocupacional que realiza el examen para suministrar la información al área de la empresa y a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión en seguridad y salud en el trabajo

Adriana Salas Gómez
MEDICA CIRUJANA
ESP.GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
UNIVERSIDAD CES
REGISTRO MEDICO 521659-07
LICENCIA SST 3377-19

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUP LABORAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - INGRESO

Fecha: 06/01/26 Hora: 07:00

1. INFORMACION GENERAL

Empresa usuaria: Independiente	Actividad económica: Servicios de Salud.
Nombre: **PABLO EMILIO OJEDA MONTILLA**	Documento: CC 5204646 Chachagüí
Fecha de nacimiento: 01/10/1963	Lugar de nacimiento: Chachagüí Nar
Edad: 62 Años	Género: Masculino
Estado Civil: Casado	Grupo sanguíneo: A Rh +
Dirección Actual: B. Bellavista Cra 3ª casa 28	No de hijos vivos: 5 (Adultos)
Teléfono: 3138388710	Escolaridad: Primaria
Profesión: Vigilante	EPS: Sanitas
Ocupación: Vigilante	ARL: -
Responsable**: Deysi Viviana Ojeda (Hija) Telf. 3205295279	AFP: Colpensiones
Acompañante: Asiste a la valoración sin acompañante	

**la información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad

2. INFORMACION OCUPACIONAL

Cargo actual o al que aspira: Vigilante	Tiempo en el cargo: Duración del contrato
Nombre de la empresa: ESE NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	Actividad económica: Servicios de Salud
Dirección de la empresa: Cra 9 No 2-54B B/PANAMERICANO CHACHAGUI	Teléfono: 3183399517

3. INMUNIZACIONES:

No presenta carnet

4.PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

No realizadas

5. CONCLUSIONES OCUPACIONALES:

Certificado emitido de acuerdo con la evaluación médico ocupacional realizada el 06-01-2026. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:
Exámenes complementarios no realizados

6. RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

- Inducción y capacitación periódica acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación en higiene postural
- Dotar al trabajador de elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo
- Pausas activas con actividades 5 minutos cada 2 horas
- Otras recomendaciones: inducción en normas de SGSST. ERV: Ergonómico

7. RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente de trabajo relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPP
- Higiene postural
- Ejercicio regular, se recomienda actividad física 150 minutos semanales acorde con su interés, estado físico y condición de salud.
- Se Aconseja Mantener Estilos De Vida Saludables
- Mantener Alimentación Saludable Y Balanceada
- Mantener Patrones Alimenticios Apropiados, Previniendo Alimentos Irritantes O Ácidos
- Cambiar De Posición Durante La Jornada, Realizando Movimientos Dinámicos Frecuentes De Los Pies Y Piernas
- Se recomienda continuar controles médicos e indicaciones de médico tratante