INPROSALUD PLUS SAS

CRC Inprosalud Plus La Estrella: **0538025168-01**
NIT: **901927672-7**
Dirección: **Calle 79B Sur No. 50-130 Bodegas Promisión**
Teléfono: **310 222 0704**
Correo: **xiomara.jimenez@inprosalud.com.co**
Página web: **www.inprosaludplus.com.co**
La Estrella, Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 117

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	12 MES	2025 AÑO	LA ESTRELLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
VARGAS DEL CASTILLO ANA MILENA	FEMENINO	36 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	1010189254 (Número)

Cargo

CONTRATISTA

EPS	AFP	ARL
SANITAS	**PORVENIR**	**NO APLICA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO ASIGNADO.

Observaciones: *PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA BASAL	✓
AUDIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL Y TRIGLICÉRIDOS)	✓
VISIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE	USO DE EPP : USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : EXAMEN VISUAL DE CONTROL ANUAL	SVE VISUAL : INCLUIR EN EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA VISUAL	HACER DEPORTE : HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN ANUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA : DIETA BALANCEADA
	USE CORRECCIÓN ÓPTICA CONTINUA DURANTE EL TRABAJO PARA GARANTIZAR UNA VISIÓN ADECUADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPSICOFÍSICO PARA EL CARGO. AL EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES QUE LE IMPIDAN, RESTRINJAN O LIMITEN LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO.
PRUEBA DE AUDIOMETRÍA NORMAL.
PRUEBA DE OPTOMETRÍA CON HALLAZGOS, PERO ADECUADA PARA EL CARGO. REQUIERE EL USO DE LA CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE.
PARACLÍNICOS DENTRO DE LÍMITES NORMALES.
SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS. REALIZAR EJERCICIO REGULAR. CONTROL DEL PESO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN PROTOCOLO DE LA EMPRESA Y SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS, ESTIRAMIENTOS MUSCULARES DE MIEMBROS SUPERIORES, INFERIORES Y DE COLUMNA. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. ASISTIR A CONTROL MÉDICO DE RUTINA EN EPS. SE RECOMIENDA CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO. CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN NORMATIVA VIGENTE.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 73163464 - HENRY ARAMIS HERRERA

R. M.: CMC2016-15214 **L.S.O.:** 2020060113697

Código de Seguridad

T1768Z1F117

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VARGAS DEL CASTILLO ANA MILENA

CC: 1010189254

