



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



Código de Seguridad

G1768M57S250



N° 250

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
15 DÍA	01 MES	2026 AÑO	LA ESTRELLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO					
			Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES					
Nombre de la empresa				Empresa en misión					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)									
VILLADA TANGARIFE YULIETH				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				FEMENINO		26 AÑOS 2 MESES 26 DÍAS		CC 1026162819	
Apellidos y Nombres						Tipo		Número	
Cargo									
CONTRATISTA									
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO									
RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables									
DIETA BALANCEADA: DIETA BALANCEADA, HACER DEPORTE: HACER DEPORTE									
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES									
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL: PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP: USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL									

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Henry Aramis Herre

FIRMA AQUÍ

FIRMA AQUÍ

Profesional: CC: 73163464 - HENRY ARAMIS HERRE

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

Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OC

Documento: _____

Nombre: _____



Fecha: _____

Documento: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

**N° 250****CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	01 MES	2026 AÑO	LA ESTRELLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO			
			Ciudad				
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	
VILLADA TANGARIFE YULIETH				FEMENINO	26 AÑOS 2 MESES 26 DÍAS	CC	1026162819
						Tipo	Número
Cargo							
CONTRATISTA							
EPS		AFP			ARL		
SURA		COLPENSIONES			NO APLICA		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RECOMENDACIONES NI 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				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP : USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			HACER DEPORTE : HACER DEPORTE		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			DIETA BALANCEADA : DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPSIKOFÍSICO PARA EL CARGO. SE REALIZA EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES QUE LE IMPIDAN, RESTRINJAN O LIMITEN LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO. SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS. REALIZAR EJERCICIO REGULAR. 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
							
Firma:				Firma:			
Nombre: CC: 73163464 - HENRY ARAMIS HERRERA				Nombre: VILLADA TANGARIFE YULIETH			
R. M.: CMC2016-15214 L.S.O.: 2020060113697				CC: 1026162819			
Código de Seguridad							
W1768C11250							