



N° 112

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
23 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
SANCHEZ TORRES JOHANA MILENA		FEMENINO	45 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS	CC 43400502
Carga			Tipo	Número
CONTRATISTA				
EPS		AFP		ARL
SURA		PROTECCION		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		✓	VISIOMETRIA ✓	
AUDIOMETRIA		✓	-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS : SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA.		USO DE EPP : USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL		HACER DEPORTE : HACER DEPORTE
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA : DIETA BALANCEADA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : EXAMEN VISUAL DE CONTROL ANUAL				
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN ANUAL				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
<p>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. PRUEBA DE AUDIOMETRÍA NORMAL. PRUEBA DE OPTOMETRÍA CON HALLAZGOS, PERO ADECUADA PARA EL CARGO. SE RECOMIENDA USAR CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL Y VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>				



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
N1768T57Z112



N° 112

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
23 DÍA	12 MES	2025 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)					
SANCHEZ TORRES JOHANA MILENA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	45 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS	CC 43400502
Carga				Tipo	Número
CONTRATISTA					
TIENE REMISIONES A SERVICIOS DE SALUD: SI					
RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables					
HACER DEPORTE: HACER DEPORTE, DIETA BALANCEADA: DIETA BALANCEADA					
RECOMENDACIONES MÉDICAS					
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS: SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA, USAR CORRECCIÓN VISUAL: USAR CORRECCIÓN ÓPTICA OCASIONAL, EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO: EXAMEN VISUAL DE CONTROL ANUAL, AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO: AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN ANUAL					
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES					
USO DE EPP: USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL: PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL					

Datos del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

Henry Aramis Herre

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: _____



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

REMISIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Fecha: 23 de diciembre de 2025

Señor (es)
OPTOMETRÍA
Ciudad

Por medio de la presente agradecemos la atención del (la) Sr. (a) **SANCHEZ TORRES JOHANA MILENA** con CC. 43400502, quien ha sido valorada por nuestra institución como parte de las actividades de medicina preventiva y del trabajo de la empresa PARTICULARES, para lo cual suministramos la siguiente información:

Cargo	CONTRATISTA	Dependencia	NO APLICA
Antigüedad en la empresa	13 AÑO(S)	Edad	45 AÑOS 11 MESES 1 DÍAS
antigüedad en el cargo	13 AÑO(S)	Género	FEMENINO

Protocolo: Visual ☒ Auditivo ☐ Lesiones OM ☐ Cardio V ☐

Diagnóstico TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO – H527
PRESBICIA – H524

Diagnostico según protocolo Sano ☐ Sospechoso ☒ Caso ☐

Ampliación de la Información: SE REALIZA EXAMEN MÉDICO DE PREINGRESO. CON HALLAZGOS EN PRUEBA DE OPTOMETRÍA. SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA.

Agradecemos la atención a la presente.

Cordialmente,

Firma:

Nombre: HERRERA CASTRO HENRY ARAMIS

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



Código de Seguridad
P1768V8B112