INPROSALUD PLUS SAS
NIT: **901927672-7**
Correo: **xiomara.jimenez@inprosaludplus.com.co**
Cel: **310 222 0704 - 301 465 8472**
inprosaludplus.com.co
La Estrella: **0538025168-01** / Funza: **2543005565-01** / Sur Bogotá: **1100142770-01**



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.230

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	06 MES	2026 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	
FLOREZ BERMUDEZ JHON SEBASTIAN	MASCULINO	37 AÑOS 10 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1040733397 (Número)

Cargo

COMUNICADOR

EPS	AFP	ARL
SURA	**PROTECCION**	**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 (INGRESO) ✓	----------

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 BIOPSICOFÍSICO PARA EL CARGO.
EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES QUE LE IMPIDAN, RESTRINJAN O LIMITEN LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO.
SE DAN ORIENTACIONES 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

Firma:

Nombre: CC: 73163464 - HENRY ARAMIS HERRERA

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

Código de Seguridad
V1768B1H1230

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FLOREZ BERMUDEZ JHON SEBASTIAN

CC: 1040733397



INPROSALUD PLUS SAS
NIT: 901927672-7
Correo: xiomara.jimenez@inprosaludplus.com.co
Cel: 310 222 0704 - 301 465 8472
inprosaludplus.com.co
La Estrella: 0538025168-01 / Funza: 2543005565-01 / Sur Bogotá: 1100142770-01

Código de Seguridad
Z1768F57L1230



N° 1230

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	06 MES	2026 AÑO	LA ESTRELLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

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)

FLOREZ BERMUDEZ JHON SEBASTIAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 10 MESES 6 DÍAS	CC	1040733397
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
COMUNICADOR

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:

Profesional: CC: 73163464 - HENRY ARAMIS HERRE
R. M.: CMC2016-15214 **L.S.O.:** 2020060113697
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OC

Responsable del SG-SST:

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha:

Recibido por el trabajador o aspirante

FIRMA AQUÍ

Documento:
Nombre:
Fecha: