InproSalud
INPROSALUD PLUS SAS
NIT: 901927672-7
Correo: xiomara.jimenez@inprosaludplus.com.co
Cel: 310 222 0704 - 301 466 8472
inprosaludplus.com.co
La Estrella: 0538025168-01 / Funza: 2543005565-01 / Sur Bogotá: 1100142770-01



N° 4.484

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	11 MES	2026 AÑO	LA ESTRELLA (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ 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	
SOSSA JARAMILLO JESUS MARIA	MASCULINO	54 AÑOS 9 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	15326473 (Número)

Cargo:

CONTRATISTA

EPS	AFP	ARL
SURA	COLPENSIONES	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 (INGRESO)	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS : SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL.	USO DE EPP : USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CONTROL DE PESO : CONTROL DE PESO
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE : HACER DEPORTE
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : EVITAR CARGAR PESOS MAYORES A 15 KG	DIETA BALANCEADA : DIETA BALANCEADA BAJA EN GRASAS, CARBOHIDRATOS Y HARINAS.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO. CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL BIOPSICOFÍSICO PARA EL CARGO. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA HALLAZGO RELACIONADO CON SISTEMA OSTEOMUSCULAR QUE NO LE IMPIDE, RESTRINGE O LIMITA LAS ACTIVIDADES O TAREAS DEL CARGO. SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL. SE RECOMIENDA EVITAR CARGAR PESOS MAYORES A 15 KG
SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. MANTENER ALIMENTACIÓN BALANCEADA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS. REALIZAR EJERCICIO REGULAR. CONTROL DE 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Henry Herrera C.

Nombre: CC: 73163464 - HENRY ARAMIS HERRERA

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

Código de Seguridad: X1768D1J4484

Aspirante o Trabajador

Firma: JESUS MARIA SOSSA J.

Nombre: SOSSA JARAMILLO JESUS MARIA

CC: 15326473