



Caja de Compensación Familiar del Cauca
comfacaucá
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0

Registros: Santafé de Quilichao - Puerto Teusa

Cel: 3174100516 - 3174316962 - Tel: (032) 8200260
E-mail: info@comfacaucá.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 30.749

FECHA Y LUGAR DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
20	01	2021	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)		
DI	ME	AA	Categoría		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORA O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE			EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		
PARTICULARES POPAYÁN			PARTICULARES		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación, Lenguaje Castellano, C.C. Lenguaje, Fecha de Nacimiento y País de Origen)			Documento de identificación		
AMADO AYLA DIEGO FELIPE			Sexo	Etnia	Documento de identificación
Papeles y Vínculos			MASCULINO	ETNIA EMBES GUAY	CC 76326790
			Idioma	Idioma	Idioma

Cargo: **INGENIERO DE SISTEMAS**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: **FUEDE LABORAR EN SU CARGO**

N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alfabetas, Esperanza Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

RECOMENDACIONES

SIN RESTRICCIONES

TEMPORAL

FUEDE LABORAR EN SU CARGO

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

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSES ACTIVAS Y PASEO FISIOLÓGICO	HÁBITOS SALUDABLES
	SIN OSTRONOCULAR	USO DE DEPORTES
	RECOMENDACIONES DE SALUD	DE LA SALUD
	OTROS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MEJORAR HÁBITOS DE VIDA Y EJERCICIO FÍSICO

INDICAR EN FRECUENCIA Y REPORTE DE EVENTOS DE EL ATAGOR A RIESGOS

MANEJO DEL ESTRÉS APLICAR NORMAS DE BIENESTAR

NOTA: PACIENTE SE AGENDE CON LAS NORMAS Y MEDIDAS DE BIENESTAR DEL PERSONAL DE SALUD COMO DEL MISMO PACIENTE

Concediendo informe del Asesor o Trabajador autorizo al doctor/ médico mencionado a realizar el examen médico ocupacional registrado en esta institución. El doctor/ médico mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el resultado, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la muestra brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tengo la oportunidad de retirarme en cualquier momento. He informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mi información. Las respuestas dadas por mí en este examen son verdaderas y veraces. Asumo el derecho a los servicios y atención brindados en la institución, la información registrada en este documento para el buen funcionamiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la norma legal. Asimismo, para que dentro de la Norma (Ley 1712 de 2014) a la cual me someto voluntariamente. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido diligenciados como me lo pide y que me comprometo en cualquier momento de estar en la institución.

Médico

Aspirante o Trabajador

Nombre: **ARISTO DELAVALLE RAMÍREZ**

Nombre: **AMADO AYLA DIEGO FELIPE**

C.C. 76326790

L.S.O.: 0230412-2015

067001A30749

CC 76326790