



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacaucá
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0

Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860
E-mail: jps@comfacaucá.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

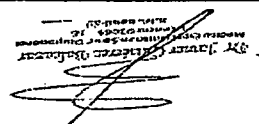
Nº 73.778

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15	07	2022	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL				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 BERNABE				Genero	Edad	Documento de identificación	
				MASCULINO	55 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS	CC	4615171
Apellidos y Nombres					Tipo	Número	
Cargos							
INSTALADOR HIDRÁULICO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO							
Observaciones: APTO PARA EL CARGO. TIENE RECOMENDACIONES ESPECIFICAS							
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:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CON TTO PROFILACTICO CARDIOVASCULAR		USO DE EPP : SE LE RECOMIENDA DE MANERA ESPECIAL EL USO DE LOS E.P.P. LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS , POSTURAS ERGONOMICAS Y ADECUADO MANEJO DE CARGAS. EVITAR ACTOS INSEGUROS QUE PUEDAN CAUSAR UN ACCIDENTE LABORAL.			HABITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : SE HACE PARTICULAR ENFASIS EN: ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO Y EN LA APLICACION Estricta DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESPECIFICAMENTE EN LO RELACIONADO CON LA PREVENCIÓN DEL COVID -19 TANTO DENTRO COMO FUERA DE SU JORNADA LABORAL		SVE CARDIOVASCULAR			CONTROL DE PESO		
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HACER DEPORTE		
		SVE OSTEOMUSCULAR			NO FUMAR		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRABAJADOR EVALUADO PARA EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO, EVIDENCIANDOSE BUEN ASPECTO GENERAL. PRESENTA CONDICION CLINICA DE ORIGEN COMUN, NO ASOCIADA A RESTRICCIONES LABORALES PREVIAS O ACTUALES. NO INDICIOS NI PATOLOGIA DE ORIGEN LABORAL. NIEGA ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD INFECCIOSA. NO COVID 19 NI SINTOMAS SUGESTIVOS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. VACUNA COVID-19: SI, 2 DOSIS. 14 AÑOS EN EL MISMO CARGO. SIN RESTRICCIONES VIGENTES.							
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.							

Aspirante o Trabajador

Médico

Firma:

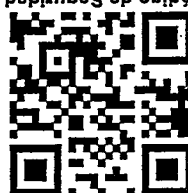

Dr. JAVIER GUTIERREZ BALCAZAR
Médico Especialista en Salud Comunitaria
C.C. 4615171

Nombre: GUTIERREZ BALCAZAR JAVIER

R.M.: 6860/89

L.S.O.: 03069/16

Código de Seguridad R670X1D73778



Firma:

Nombre: SANCHEZ BERNABE

CC: 4615171