CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
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: ips@comfacauca.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 50.256

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
01 DÍA	10 MES	2021 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

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)

SOTO LOPEZ HEBERT DIOSDADO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	55 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS	CC	76303872
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
GESTION DOCUMENTAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *PUEDE LABORAR EN SU CARGO COMO TECNOLOGO EN GESTION DOCUMENTAL*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES -	TEMPORAL	PUEDE LABORAR EN SU CARGO.

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
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN : EN SST	DIETA BALANCEADA
	OTROS : -APLICAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

MEJORAR HÁBITOS: DIETA Y EJERCICIO REGULAR ,
EDUCAR EN PREVENCIÓN Y REPORTE DE EVENTOS DE EL-AT ACORDE A RIESGOS.
DOTAR DE EPP - EPI NECESARIOS Y ACORDES A RIESGOS -APLICAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD.
NOTA : PACIENTE SE ATIENDE CON LAS NORMAS Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL DE SALUD COMO DEL MISMO PACIENTE.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: 	Código de Seguridad U670A1G50256	Firma:
Nombre: ARGOTE BOLAÑOS HAMILTON		Nombre: SOTO LOPEZ HEBERT DIOSDADO
R. M.: 4025/92 L.S.O.: 10330-12-2015		CC: 76303872