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: 3174366516 - 3174378962 - Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 29.453

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

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES POPAYAN	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)

CARVAJAL GUZMAN LUIS JAIRO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	39 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS	CC	10292132
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
DOCENTE

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

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES*

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
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

LA PRESENTE VALORACIÓN MEDICO LABORAL SE REALIZA APLICANDO AL 100 % LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD UTILIZANDO PARA ELLO GAFAS DE PROTECCIÓN , TAPABOCAS NO 95 , BATA DESECHABLE , GORRO DESECHABLE Y PROTECCIÓN CON GUANTES PARA SU ATENCIÓN, IGUALMENTE SE SOLICITA EL USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS CON ALCOHOL GLICERINADO. SE REALIZA DESINFECCION PERIODICA DEL CONSULTORIO.

CONDICIONES MÉDICO-OCUPACIONALES ENCONTRADAS EN: LUIIS JAIRO CARVAJAL GUZMAN , AL MOMENTO DE LA PRESENTE VALORACION DE INGRESO, SON FAVORABLES. NO SE IDENTIFICARON CAUSALES DE RESTRICCIÓN DE ORDEN FÍSICO Ó MENTAL . NO INDICIOS DE ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL NI DE ACCIDENTES LABORALES PREVIOS. PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN: NINGUNA. EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS CLINICOS DE NORMALIDAD.

PACIENTE ASINTOMATICO DESDE EL PUNTO DE VISTA RESPIRATORIO. NIEGA SER O HABER SIDO PCTE COVID-19 POSITIVO. NIEGA SINTOMAS SOSPECHOSOS DE COVID -19 EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS.

CONCEPTO: APTO PARA DESEMPEÑARSE EN EL CARGO A CONTRATAR: NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO.

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.

Escaneado con CamScanner

Médico

Firma:

Nombre: GUTIERREZ BALCAZAR JAVIER

R. M.: 6860/89 L.S.O.: 03069/16

Código de Seguridad
T670Z1F29453

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARVAJAL GUZMAN LUIS JAIRO

CC: 10292132

Escaneado con CamScanner