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° 43.626

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	07 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 SALUD OCUPACIONAL	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

PARRA JARA ORLIN MILENA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	35 AÑOS 9 MESES 24 DÍAS	CC	34331105
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERA AGROINDUSTRIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE 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
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP : USO DE TAPABOCAS DURANTE LA JORNADA	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : POR OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN : EN SST	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TENIENDO EN CUENTA LA SITUACIÓN ACTUAL POR LA PANDEMIA DEL COVID 19 LA VALORACIÓN MEDICO LABORAL SE REALIZA UTILIZANDO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONALREQUERIDOS SEGUN LA NORMA.

PACIENTE AL MOMENTO APTO PARA EL CARGO ASIGNADO, SIN PATOLOGÍA DETECTABLE QUE ALTERE SU DESEMPEÑO ,
SE DETECTA SOBREPESO , SE DEBE HACER CONTROL DE PESO , SE DEBE SEGUIR HABITOS SANOS ,
* ANTECEDENTE DE DEFECTO REFRACTIVO , YA CORREGIDO CON GAFAS DE MANERA OPTIMA - SE DEBE SEGUIR CONTROL CON OPTOMETRIA EN SU EPS , ES DE ORIGEN COMUN
**NO SE DETECTA RESTRICCIONES PARA SU CARGO
* REPORTA YA TIENE DOSIS UNICA DE VACUNA CONTRA COVID 19 JANSSEN ,
NIEGA ACCIDENTES O ENFERMEDAD DE PRESUNTO ORIGEN LABORAL

NIEGA SINTOMAS QUE SUGIERAN ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA , SE DEBE HACER USO PERMANENTE DE TAPABOCAS QUE CUBRA NARIZ Y BOCA Y HACER LAVADO DE MANOS CONTINUAMENTE . GUARDAR DISTANCIA DE 2 METRO DURANTE SU TRABAJO , USO DE MONOGAFAS O CARETA . NO MANIPULAR MUCOSAS DE OJOS NARIZ O BOCA PARA MANEJO DE ESTADO DE PANDEMIA . EN CASO DE ALGUN SINTOMA AUTOAISLAMIENTO Y REPORTAR SINTOMAS A INSTITUTO DE SALUD Y /O EPS Y A LA EMPRESA
EN CASO DE CONTACTO ESTRECHO CON CASO CONFIRMADO O SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD PANDEMICA INFORMAR OPORTUNAMENTE

RECOMENDACIONES PARA TRABAJADOR SE DEBE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ANTES Y DURANTE EL TRABAJO , EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y CUIDADO DE COLUMNA, SE DEBE UTILIZAR EPP SIEMPRE QUESEA NECESARIO , SE EDUCA EN HÁBITOS SALUDABLES , DEBE HACER DEPORTE 4 VECES POR SEMANA , Y TENER UNA DIETA SALUDABLE RICA EN FRUTA VERDURAS BAJA EN GRASA Y AZUCARES.
PARA LA EMPRESA, PROPICIAR UN BUEN AMBIENTE LABORAL , VIGILAR Y EDUCAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITAR SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES , EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DE ESTAS DEBE INFORMAR DE MANERA OPORTUNA A SU ARL , CAPACITAR EN TELETRABAJO EN CASO DE REQUERIRLO // ACATAR LAS MEDIDAS EN LA RESOLUCION 777 2021 Y 1155 DE 2020

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

Md. Ricardo Garzon Lopez
Esp. Salud Ocupacional
Res. 10280 - Reg. 66509

Firma:

Nombre: GARZON LOPEZ RICARDO

R. M.: 66509 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
F670L1R43626

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PARRA JARA ORLIN MILENA

CC: 34331105