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° 31.925

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	02 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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CORPORACION UNIVERSITARIA COMFACAUCA - UNICOMFACAUCA	CORPORACION UNIVERSITARIA COMFACAUCA - UNICOMFACAUC

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CERON RIOS GINETH MAGALY	FEMENINO	39 AÑOS 9 MESES 27 DÍAS	CC (Tipo)	34323138 (Número)

Cargo
DOCENTE

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
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : SEGUIR TTO DE FIBROMIALGIA EN SU EPS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	DIETA BALANCEADA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : POR OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS DE 5 MINUTOS DE DURACIONE S	
VALORACIÓN POR EPS : ELECTROMIOGRAFIA DE MANO Y ANTEBRAZO IZQ ,	SVE OSTEOMUSCULAR	
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TENIENDO EN CUENTA LA SITUACIÓN ACTUAL POR LA PANDEMIA DEL COVID 19 Y TENIENDO COMO OBJETIVO CUIDAR AL PERSONAL DE SALUD Y ASISTENCIAL, ADEMAS AL PACIENTE, LA VALORACIÓN MEDICO LABORAL SE REALIZA UTILIZANDO GAFAS DE PROTECCIÓN , TAPABOCAS N 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 AL PACIENTE ATENDIDO

PACIENTE AL MOMENTO APTO PARA EL CARGO ASIGNADO, SIN PATOLOGÍA DETECTABLE QUE ALTERE SU DESEMPEÑO , AL MOMENTO ASINTOMÁTICO
AVL ANORMAL USA GAFAS . SE DEBE HACER USO CORECTO DE GAFAS Y SEGUIR CONTROL EN SI EPS CON OPTOMETRIA , ES DE ORIGENCOMUN ,
ANTECEDENTE DE FIBROMIALGIA SE DETECTA DOLOR POLIARTICULAR , SE DETECTA SIGNOS DE TINEL MUÑECA IZQ , SE SUGIERE ELECTROMIOGRAFIA Y NEUROCONDUCCIONDE MIEMBRO SUPERIOR IZQ , PARA DESCARTAR TUNEL CARPIANO , ORIGEN COMUN ,
**NO SE DETECTA RESTRICCIONES PARA SU CARGO
NIEGA ACCIDENTES O ENFERMEDAD DE PRESUNTO ORIGEN LABORAL

NIEGA SINTOMAS QUE SUGIERAN INFECCION POR CORONAVIRUS , 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 . 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

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES CIRCULAR 30 DE 2020 POR COVID 19: SEGUN LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE ACUERDO A LA VALORACION REALIZADA EL USUARIO NO PRESENTA COMORBILIDADES O CONDICIONES QUE LE PONEN EN RIESGO DE HACER COMPLICACION ES EN CASO DE INFECCION POR COVID 19, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR 30 DE 2020, EN SU NUMERAL 4.

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.
EN CASO DE REQUERIR DE TRABAJO REMOTO. ADECUAR UN ESTUDIO A PARTE , CON SILLA COMODA Y ESCRITORIO QUE SE ACOMODE A SU ANATOMIA , ORGANIZAR HORARIO , NO MEZCLAR EN LO POSIBLE FUNCIONES DE HOGAR CON LAS DE TRABAJO

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
SEGUIMIENTO EN SVE EN LA EMPRESA EN EL AREA OSTEOMUSCULAR

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



Firma:

Nombre: GARZON LOPEZ RICARDO

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

Código de Seguridad
N670T1Z31925

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CERON RIOS GINETH MAGALY

CC: 34323138