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° 94.781

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	03 MES	2023 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR - IPS 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)

VICTORIA SERRANO MAGDA GABRIELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	42 AÑOS 0 MESES 21 DÍAS	CC	25290597
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *CON DISCAPACIDAD PARA LA MOVILIDAD X ENF CRONICAS . SIN RESTRICCION APARENTE PARA LABOR Q INFORMA*

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	✓	PAQUETE OPTOMETRICO	✓
AUDIOMETRIA	✓	VACUNA HEPATITIS B	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ACTUAL DE MANO DCHA -	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EDUCAR EN CUIDADOS Y MANEJO DE POSTURAS Y PREVENCION X LABOR VIRTUAL EN ESCRITORIO	HABITOS SALUDABLES
SE ENTREGA FORMATO DE REMISIÓN A EPS : SE REMITE A VALORACION INTERDISCIPLINARIA --	SVE OSTEOMUSCULAR : SEGUIMIENTO DE SALUD O.M.	CONTROL DE PESO : DEBE BAJAR PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : EN UN AÑO DE OPTOMETRA	CAPACITACIÓN : PROMOVER EDUCACIÓN CONTÍNUA EN SST EMPRESARIAL, AUTOCUIDADO INTEGRAL Y HÁBITOS DE VIDA Y DE TRABAJO SALUDABLES, PROPICIAR UN AMBIENTE DE TRABAJO SEGURO Y DE SANA CONVIVENCIA, EDUCAR EN USO DE EPP/EPI REQUERIDOS, PREVENCIÓN DE EVENTOS AL/EL Y REPORTE OPORTUNO DE DICHOS EVENTOS.	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : A TOLERANCIA - CARDIO
VALORACIÓN POR EPS : REQUIERE MANEJO INTERDISCIPLINARIO POR ENF COMUNES CRONICAS, DEGENARTIVAS Y RESIDUALES, CON LIMITACION EN LA MOVILIDAD, USA MULETAS, EN MANEJO INICIAL DE PATOLOGIA DE MANO, SIN LIMITACION ACTUAL APARENTE, SEGUIR MANEJO -	OTROS : SE EDUCA EN ADECUACION DE PUESTO DE TRABAJO EN CASA - EDUCO EN INFORMAR CAMBIOS DE SALUD	DIETA BALANCEADA : MEJORAR HABITOS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OPTOMETRIA DE HOY, EMETROPE - AUDIOMETRIA ES NORMAL, BILATERAL -
ACTUALMENTE SIN LIMITACION PARA TRABAJO VIRTUAL, CON DISCAPACIDAD PARA LA MOVILIDAD, USA MULETAS - SEGUIR MANEJO X EPS DE PATOLOGIA INICIAL DE MANO, AHORA SIN LIMITACION FUNCIONAL --
CUMPLIR CON NORMAS VIGENTES DE TRABAJO EN CASA, REMOTO O VIRTUAL

SE ATIENDE A TRABAJADOR CON PROTECCIÓN SEGÚN BIOSEGURIDAD POR PANDEMIA SARS COV2, CON TAPABOCAS N95, BATA ANTIFLUIDO, USO DE GEL DESINFECTANTE Y ALCOHOL PARA MANOS Y SUPERFICIES.

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.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma: Angela M. Quintero B. Med. Especialista RM. 19737 Salud Ocupacional	Código de Seguridad W670C1I94781	Firma:
Nombre: QUINTERO BOLAÑOS ANGELA MARIA		Nombre: VICTORIA SERRANO MAGDA GABRIELA
R. M.: 19737/98 L.S.O.: 00364/		CC: 25290597

Certificado de Vacunación

Institución: Comfacauca IPS

Nombre: Magda Serrano

Identificación: 25290597 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HepB	1	22-03-23	0312H008E	Daniela

Cortesía de Sanofi Pasteur

LABORATORIO CLINICO AGUSTIN RENTERIA

DRA. ANA ROSA P. DE RENTERÍA
Bacterióloga

DRA. MARTHA ISABEL RENTERÍA P.
Patóloga

DRA. CARMEN ELISA RENTERÍA P.
Bacterióloga

Nombre	:	**MAGDA GABRIELA VICTORIA SERRANO**
Identificación	:	25290597
Edad	:	42 años
Entidad	:	Comfacauca IPS
Fecha toma de muestra	:	Marzo 23/2023
Fecha informe de muestra	:	Marzo 23/2023

EXAMEN SOLICITADO		RESULTADO	V. REFERENCIA
Glicemia Basal	:	90 mg/dl	50 – 100 mg/dl

INTERPRETACION EXCLUSIVAMENTE DEL MEDICO.

Carmen Elisa Rentería P.
Bacterióloga Especializada
Universidad Javeriana