



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacaucá
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@comfacaucá.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 102.637

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
21	07	2023	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
DDA	ME S	AÑO	Ciudad		

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA 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)

ANTE SUAREZ LIBARDO JESUS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	53 AÑOS 1 MESES 19 DÍAS	CC	76311216
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: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

N/A NO SE EVALUARON 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:

EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
☒	USAR CORRECCIÓN VISUAL EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO VALORACIÓN POR EPPS - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 2 A 3 HORAS CAPACITACIÓN : EN SST	HÁBITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES, AL MOMENTO ASINTOMÁTICO *** SE RECOMIENDA SEGUIR ESQUEMA DE VACUNAS COVID 19 SEGUN SE REQUIERA
** SE DETECTA DEFECTO REFRACTIVO LEVE NO RESTRICTIVO, SE RECOMIENDA CITA POR OPTOMETRÍA PARA EVALUAR FORMULA EN SU IPS
NINGUN ACCIDENTES O ENFERMEDAD DE PRESUNTO ORIGEN LABORAL

***EN CASO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS O 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 HABITOS 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 MEDIDAS DISPUESTAS PARA MANEJO DE LA PANDEMIA

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 empresas 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. Firmamento 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

Md. Ricardo Garzon Lopez
Esp. Salud Ocupacional
Res. 10980.- Reg. 66509

Firma: _____

Nombre: GARZON LOPEZ RICARDO

R. M.: 66509

L.S.O.:



Código de Seguridad

E670K1Q102637

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: ANTE SUAREZ LIBARDO JESUS

cc: 76311216