



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



N° 57.999

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
29 DÍA	12 MES	2021 AÑO	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
SANTANDER DE QUILICHAO (CAUCA, COLOMBIA)				
Ciudad				

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
PARTICULAR SALUD OCUPACIONAL - IPS SDER	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
YONDA VARGAS FANNY		Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres		FEMENINC	47 AÑOS 10 MESES 24 DÍAS	CC 34602773
Carga		Tipo		Numero

**AUXILIAR DE ARCHIVO**

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

Observaciones: **APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR**

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	
RESTRICCIONES LABORALES	RECOMENDACIONES
TIPO PERMANENTE	1. REALIZAR LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS. 2. EVITAR CONTACTO ESTRECHO CON OTRAS PERSONAS. 3. USAR MEDIDAS DE EPP ANTE COVID - 19 DECRETADA POR MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN NACIONAL (USO DE DOBLE TAPABOCAS, GAFAS, CARETA FACIAL). 4. ANTE CUALQUIER SIGNO Y/O SINTOMATOLOGÍA ASISTIR A LA EPS.

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	<input checked="" type="checkbox"/>	-----
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP SVE VISUAL SVE AUDITIVO SVE CARDIOVASCULAR PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL SVE OSTEO MUSCULAR	HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

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 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.