CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAUCA

comfacauca

al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0

Calle 7 N # 6 A 54 Barrio Modelo

Popayán Santander de Quilichao - Puerto Tejada

Cel: 3174978962 Tel: (032) 8206860

E-mail: ips@comfacauca.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 116.449

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	01 MES	2024 AÑO	POPAYAN (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
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL	PARTICULARES

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	
VELASCO RENGIFO CAROLINA	FEMENINO	44 AÑOS 3 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	25283923 (Número)

Cargo: **INSTRUCTORA**

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 ALERACIONES PARA EJERCER LAS FUNCIONES DEL CARGO QUE ASPIRA*

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 : CONTINUAR TRATAMIENTO POR EPS DE PATOLOGIA CONTROLADA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : SITUAR SU PUESTO DE TRABAJO DE FORMA ERGONOMICA , EDUCACION DE HIGIENE DE COLUMNA Y EDUCACION DE HIGIENE POSTURAL . HIDRATACION DURANTE LA JORNADA MODULACION DELA VOZ	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	CAPACITACIÓN : CAPACITACION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, HABITOS SALUDABLES, AUTOCUIDADO,EDUCACION DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES LABORALES ,FOMENTAR BUEN AMBIENTE LABORAL , ANTE ACCIDENTE LABORAR O RIESGO INFORMAR A JEFE INMEDIATO. EDUCACION DE PREVENCION DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES , EDUCACION DE MANEJO DE LA VOZ	HACER DEPORTE
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

AUDIOMETRIA NORMAL
OPTOMETRIA CON ASTIGMATISMO DEBE USAR LOS LENTES

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		Aspirante o Trabajador
Mary Rivera C	Código de Seguridad E670K1Q116449	
Firma:		Firma:
Nombre: RIVERA CANENCIO MARY GUIOMAR		Nombre: VELASCO RENGIFO CAROLINA
R. M.: 1904/89 L.S.O.: 00663/18		CC: 25283923

Powered by CamScanner