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: 3174366516 - 3174378962 - Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 45890

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	06 MES	2024 AÑO	PUERTO TEJADA (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS EN ALTURAS

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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 1	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 1
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)

MUÑOZ ROJAS DIANA CAROLINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	40 AÑOS	CC	31714327
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERA DE PROYECTO

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

Observaciones: *NO APLICA*

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:

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS ALTURAS	✓
VISIOMETRIA	✓	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A LA ORINA	✓
PERFIL LIPIDICO	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCEPTO: APTO PARA REALIZAR TRABAJO EN ALTURAS SIN RESTRICCIONES FÍSICAS O MENTALES EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO SE REALIZA ATENCIÓN APLICANDO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD Y TAMIZAJE PARA PREVENIR CONTAGIO DE COVID -19

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 prop ósito 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 ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón 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 legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído 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

ADELA MESU PONTON
Medico Especialista
En Salud Ocupacional
Licencia 1674
CC. 31 448 285

Firma:

Nombre: MESU PONTON ADELA

R. M.: 1288 **L.S.O.:** 1674

Código de Seguridad
N670T1Z19029

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MUÑOZ ROJAS DIANA CAROLINA

CC: 31714327

