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° 90.778

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 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

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	
ORTEGA TOVAR JOAN DAVID	MASCULINO	38 AÑOS 10 MESES 24 DÍAS	Tipo: CC	Número: 10302539

Cargo: INGENIERO AGROPECUARIO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *APTO(A) PARA EL CARGO. NO HAY CONDICIONES DE SALUD QUE PUEDAN AGRAVARSE POR EL TRABAJO. NO HAY RESTRICCIONES LABORALES.*

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
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	CAPACITACIÓN	HACER DEPORTE
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EMPRESA: ALCALDÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN.
CARGO: INGENIERO AGROPECUARIO.

NOTAS ADICIONALES.:
1. NIEGA SINTOMAS ACTUALES DEL COVID 19: FIEBRE , PERDIDA DEL OLFATO, AHOGO O DISNEA, DECAIMIENTO, DIARREA, ETC.NO HAY SINTOMAS RESPIRATORIOS. SE ORIENTA AL TRABAJADOR PARA QUE SE AISLE EN CASO DE PRSENTAR SINTOMAS RELACONADOS CON COVID 19 Y SE CUMUNIQUE CON SU ENTIDAD DE SALUD.
2. LA PRESENTE VALORACIÒN MÉDICO LABORAL SE REALIZÒ SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA COVID 19 INSTITUCIONAL Y EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS NACIONALES POR LA ACTUAL PANDEMIA. SE DEJA DISTANCIA DE 2 METROS EN LA ENTREVISTA. SE USAN TODOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL POR EL MÉDICO. TAPABOCAS N95, GORRO, GAFAS DE SEGURIDAD Y BATA ANTIFLUIDOS. PREVIA ASEO Y ASEPSIA DE ÁREAS.
3. SEGUIR CON LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÒN QUE EL MINISTERIO DE SALUD HA INSTAURADO ESPECIALMENTE LA VACUNACIÒN CONTRA COVID 19 ( ) , VACUNARSE CONTRA LA INFLUENZA CADA AÑO Y CONTINUAR LA PRÀCTICA DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD POR RAZONES LABORALES Y PARA CONTENER 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 mi 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.

Dr. José Oswaldo Imbachi F.

IMBACHI FERNANDEZ JOSE OSWALDO

8671/90 L.S.O.: 04658-10-2020

Código de Seguridad
K670Q1W90778

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ORTEGA TOVAR JOAN DAVID

CC: 10302539