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° 118.341

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	02 MES	2024 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TOVAR NOGALES EDIDSON	MASCULINO	52 AÑOS 11 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	7687475 (Número)

Cargo
ASESOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN CON LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR Y LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *PUEDE DESEMPEÑARSE EN EL CARGO, NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO. SE LE IMPARTEN RECOMENDACIONES*

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 : APLICAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCION DEL COVID -19 TANTO DENTRO COMO FUERA DE SU JORNADA LABORAL	USO DE EPP : SE LE RECOMIENDA DE MANERA ESPECIAL EL USO DE LOS E.P.P. LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS , POSTURAS ERGONOMICAS Y ADECUADO MANEJO DE CARGAS. EVITAR ACTOS INSEGUROS QUE PUEDAN CAUSAR UN ACCIDENTE LABORAL.	HABITOS SALUDABLES : DIETA SANA, BALANCEADA, EJERCICIO CONSTANTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS EN SU EPS.
USAR CORRECCIÓN VISUAL : CONTROL POR OPTOMETRIA.	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR NUTRICIONISTA EN SU EPS PARA EVALUACION, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE SU CONDICION DE PESO ACTUAL.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	NO FUMAR
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR EVALUADO PARA EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO, EVIDENCIANDOSE BUEN ASPECTO GENERAL. PRESENTA CONDICION CLINICA DE ORIGEN COMUN NO ASOCIADA A RESTRICCIONES LABORALES PREVIAS O ACTUALES. NO INDICIOS NI PATOLOGIA DE ORIGEN LABORAL. NIEGA COVID 19 NI SINTOMAS SUGESTIVOS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. VACUNA COVID-19: SI 2 DOSIS

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Powered by CamScanner

Médico

Firma:

Nombre: GUTIERREZ BALCAZAR JAVIER

R. M.: 6860/89 L.S.O.: 03069/16

Código de Seguridad

S670Y1E118341

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: TOVAR NOGALES EDIDSON

CC: 7687475

Powered by CamScanner