CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

NIT: 891500182-0
Dirección: Calle 2 N # 6 A - 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
E- mail: cobranzasalud@comfacauca.com
Cel: 323 566 3953
Tel: (601) 8231868 ext 310



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 141.112

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	02 MES	2025 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 Ciudadania, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MARTINEZ COBO ANDRES FELIPE	MASCULINO	35 AÑOS 7 MESES 22 DÍAS	Tipo: CC	Número: 1060871831

Cargo
AUXILIAR DE CARTERA

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

Observaciones: *APTO PARA DESEMPEÑAR LAS TAREAS O ACTIVIDADES INHERENTES AL CARGO A CONTRATAR NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO. SE LE IMPARTEN RECOMENDACIONES BASICAS GENERALES Y ESPECIFICAS*

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
VALORACIÓN POR EPS : VALORACIÓN POR OPTOMETRIA: CONFIRMAS O DESCARTAR TRASTORNO DE REFRACCIÓN	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	NO FUMAR
	CAPACITACIÓN : SG-SST.	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

I SE REALIZA VALORACION MEDICO LABORAL DE INGRESO, EVIDENCIANDOSE QUE ES APTO PARA DESEMPEÑAR LAS TAREAS O ACTIVIDADES INHERENTES AL CARGO A CONTRATAR NO TIENE RESTRICCIONES PARA EL MISMO. SE LE IMPARTEN RECOMENDACIONES BASICAS GENERALES Y ESPECIFICAS
RECOMENDACIONES: 1. PROCURAR EL AUTOCUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD: DIETA Y RECREACIÓN SANA, EJERCICIO DE MANERA REGULAR. ESQUEMA DE VACUNACION AL DIA,
2. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE MANERA PERIODICA EN SU JORNADA LABORAL, POSTURAS ERGONOMICAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS SI ES EL CASO, INFORMAR OPORTUNAMEN TE CUALQUIER INCIDENTE O ACCIDENTE LABORAL QUE HAYA TENIDO U OBSERVADO EN LA ENTIDAD O SITIO DE TRABAJO.

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 protegar 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.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad	Firma:
Nombre: GUTIERREZ BALCAZAR JAVIER		Nombre: MARTINEZ COBO ANDRES FELIPE
R.M.: 8880/89 L.S.O.: 03089/10	F670L1R141112	CC: 1060871831