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: 323 666 3953
Tel: (601) 8231868 ext 310



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 162.979

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	01 MES	2026 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

CIIU (Actividad Económica) del empleador:
SIN REGISTRAR

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
OROZCO MEDINA MARIA FERNANDA	FEMENINO	29 AÑOS 1 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1061795861 (Número)

Cargo
APOYO ADMINISTRATIVO

EPS	AFP	ARL
AIC	PROTECCIO	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *SE ENCUENTRA ASPIRANTE A CARGO DE APOYO ADMINISTRATIVO SIN ALTERACIONES PAR DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES.*

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 : SE ENVIA A OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : SITUAR EL PUESTO DE TRABAJO DE FORMA ERGONOMICO SILLA MONITOR Y APOYO EN MIEMBRO SUPERIORES , EDUCACION DE HIGIENE DE COLUMNA Y EDUCACION DE HIGIENE POSTURAL , EJECUTAR PAUSAS ACTIVAS	HACER DEPORTE : CONTINUAR CON ACTIVIDAD FISICA
	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	DIETA BALANCEADA : DIETA EVITANDO EXCESO DE AZUCARES Y HARINAS COMO PRODUCTOS DE PANADERIA PASTELERIA Y EVITAR ULTRAPROCESADOS
	OTROS : HIDRATACION	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE ENCUENTRA CLINICAMENTE NORMAL PUEDE LABORAR EN CARGO ADMINISTRATIVO QUE ASPIRA

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.

Médico

Mary Rivera C.

Firma: _____

Nombre: CC. 34650454 - MARY GUIOMAR RIVERA

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: OROZCO MEDINA MARIA FERNANDA