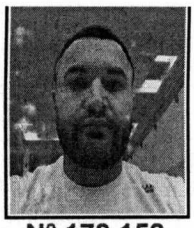
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
**comfacauca**
al servicio del trabajador y su familia

**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° 178.152**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 27 DÍA | 08 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 | |
|---|---|---|---|---|
| CAMPO COLLAZOS YONATAN ALEXIS | MASCULINO | 34 AÑOS 2 MESES 28 DÍAS | CC (Tipo) | 1061750439 (Número) |

Cargo

**ABOGADO**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SANITAS | PORVENIR | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES*

| 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:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE GAFAS | SVE VISUAL : MEDIDAS DE SALUD VISUAL | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 2 A 3 HORAS | CONTROL DE PESO : SOBREPESO |
| | CAPACITACIÓN : EN SST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : CAMINATA TROTE |
| | | HACER DEPORTE : 3A4 VECES POR SEMANA |
| | | DIETA BALANCEADA : PLATO SALUDABLE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

**TRABAJADOR PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES **
/* ANTECEDENTE DE CONDICION REFRACTIVO CORREGIDO - HACER USO DE GAFAS - SE DEBE SEGUIR CONTROL ANUAL DE OPTOMETRIA EN EPS
** NIEGA ACCIDENTES O ENFERMEDAD DE PRESUNTO ORIGEN LABORAL

**RECOMENDACIONES PARA TRABAJADOR SE DEBE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ANTES Y DURANTE EL TRABAJO , EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y CUIDADO DE COLUMNA, SE DEBE UTILIZAR EPP SIEMPRE QUESEA NECESARIO , SE EDUCA EN HÁBITOS SALUDABLES , DEBE HACER DEPORTE 3 A 4 VECES POR SEMANA , Y TENER UNA DIETA SALUDABLE RICA EN FRUTA VERDURAS BAJA EN GRASA Y AZUCARES.

** PARA LA EMPRESA, PROPICIAR UN BUEN AMBIENTE LABORAL , VIGILAR Y EDUCAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITAR SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES , EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DE ESTAS DEBE INFORMAR DE MANERA OPORTUNA A SU ARL

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

Md. Ricardo Garzon Lopez
Esp. Salud Ocupacional
Res. 10980.- Reg. 66509

**Firma:**

**Nombre:** CC: 1085255760 - RICARDO GARZON

**R. M.:** 52-2705/2014 **L.S.O.:** 10980-09-2019

**Código de Seguridad**
S670Y1E178152

**Firma:**

**Nombre:** CAMPO COLLAZOS YONATAN ALEXIS

**CC:** 1061750439