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

Nº 141.425

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 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

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)

DORADO CORDOBA MANUEL FERNANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40 AÑOS 0 MESES 15 DÍAS	CC	10308062
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PROFESIONAL

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

Observaciones: *CONCEPTO EN VIRTUD DE LA RES. 2346 DE 2007: 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
VALORACIÓN POR EPS : CITA CON OPTÒMETRA.	USO DE EPP : TAPABOCAS PARA MATERIAL PARTICULADO, GAFAS DE SEGURIDAD, GUANTES Y BATA.	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : O SEA REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR DEL CUELLO, LA ESPALDA Y DE LAS EXTREMIDADES CADA HORA.	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	CAPACITACIÓN : EN SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO. PREVENCIÒN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES. REFORZAR SBRE PAUSAS ACTIVAS.	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : SALUDABLE.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EMPRESA: TRABAAJDOR INDEPENDIENTE
PROFESIÒN U OFICIO: PROFESIONAL DE APOYO EN ARCHIVO.

NOTAS ADICIONALES.:
1. LA PRESENTE VALORACIÒN MÈDICO LABORAL SE REALIZÒ SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD INSTITUCIONAL Y EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS NACIONALES. SE DEJA DISTANCIA DE 2 METROS EN LA ENTREVISTA. SE USAN TODOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL POR EL MÈDICO: TAPABOCAS QUIRÙRGICO , GORRO, Y BATA ANTIFLUIDOS. PREVIA ASEO Y ASEPSIA DE ÀREAS.
2. SEGUIR CON LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÒN QUE EL MINISTERIO DE SALUD HA INSTAURADO ESPECIALMENTE LA VACUNACIÒN CONTRA COVID 19, MANTENER AL DIA DOSIS Y REFUERZOS, TOTAL 4 APLICACIONES. VACUNARSE CONTRA LA INFLUENZA CADA AÑO. VACUNARSE CONTRA EL TÈTANO HASTA COMPLETAR 5 DOSIS. VACUNARSE CONTRA LA FIEBRE AMARILLA 1 DOSIS. CONTINUAR LA PRÀCTICA DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESPECIALMENTE EL LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y USO DE TAPABOCAS QUIRÙRGICO CUANDO SE ESTIME NECESARIO.

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		Aspirante o Trabajador
Firma: Dr. José Oswaldo Imbachi P. MEDICO ACUPACIONAL	Código de Seguridad D670J1P141425	Firma:
Nombre: IMBACHI FERNANDEZ JOSE OSWALDO		Nombre: DORADO CORDOBA MANUEL FERNANDO
R. M.: 8671/90 L.S.O.: 04658-10-2020		CC: 10308062