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

Folio Nº
Archivo General



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 158.152

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	11 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

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	
AGREDO GUAUÑA JOSE ALVEIRO	MASCULINO	62 AÑOS 7 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	10751523 (Número)

Cargo: COBRANZAS

EPS	AFP	ARL
EMSANAR	NO REFIERE	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: *PUEDE LABORAR EN CARGO QUE ASPIRA CON EXAMEN DE INGRESO , SIN ALTERACIONES PARA EJERCER LAS FUNCIONES DE COBRANZAS*

OTRA	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	USO DE EPP : USO DE EPP INDCADOS POR LA EMPRESA	DEJAR DE FUMAR : DEJAR DE FUMAR
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE REALIZAR SU ACTIVIDAD LABORAL SIN GENERAR ESFUERZOS SOSTENIDOS EN ARTICULACIONES UBICAR SU SITIO DE TRABAJO DE MANERA ERGONOMICA , EDUCACION HIGIENE DE COLUMNA Y EDUCACION EN HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE : REALIZAR ACTIVIDAD DEPORTIVA
	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 EDUCACION EN SEGURIDAD VIAL , EDUCACION EN MANEJO DEL ESTRES	DIETA BALANCEADA : DIETA CON VERDURAS , FRUTAS ,BAJA EN AZUCARES HARINAS Y GRASAS , NO ALIMENTOS CON SALSAS
	OTROS : HIDRATACION	

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.