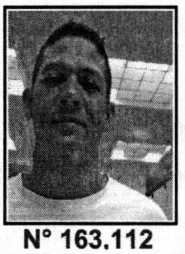
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

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° 163.112

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 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	
GUTIERREZ JOSE DAGOBERTO	MASCULINO	41 AÑOS 7 MESES 27 DÍAS	CC (Tipo)	10304043 (Número)

Cargo: **LECTOR**

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: *EXAMEN DE INGRESO SE ENCUENTRA CLINICAMENTE SIN ALTERACIONES PARA EFECTUAR LAS FUNCIONES DEL CARGO QUE ASPIRA DE LECTOR*

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	✓

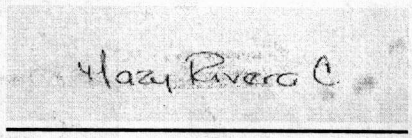
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROLES DE PROMOCION Y PREVENCION POR EPS	USO DE EPP : USO DE EPP INDICADOS POR LA EMPRESA	HACER DEPORTE : CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE REALIZAR SU ACTIVIDAD LABORAL SIN GENERAR ESFUERZOS SOSTENIDOS EN ARTICULACIONES , REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE FORMA ERGONOMICA , , EDUCACION HIGIENE DE COLUMNA Y EDUCACION EN HIGIENE POSTURAL REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	DIETA BALANCEADA : DIETA SALUDABLE CON VERDURAS FRUTAS , EVITAR AZUCARES, BAJA EN HARINAS PRODUCTOS DE PANADERIA PASTELERIA , EVITAR GASEOSAS Y EVITAR GRASAS , SALSAS
	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	
	OTROS : USO DE BLOQUEADOR SOLAR MANGA LARGA Y SOMBRERO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SIN ALTERACION PARA EJERCER EL CARGO 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 34650454 - MARY GUIOMAR RIVERA

R. M.: 1904/89 **L.S.O.:** 00663/18

Código de Seguridad
J670P1V163112

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUTIERREZ JOSE DAGOBERTO

CC: 10304043