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

NIT. 891500182-0
Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 114.461

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 27 DÍA | 12 MES | 2023 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)

| HOYOS MOSQUERA OVIDIO REINALDO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 64 AÑOS 4 MESES 6 DÍAS | CC | 4771015 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**PERIODISTA**

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

Observaciones: *APTO PARA DESEMPEÑARSE EN EL CARGO A CONTRATAR . SINB RESRTRICCIOINES PRA EL MISMO. TIENE RECOMENDACIONES ESPECIFICAS*

**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 |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : APLICAR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCION DEL COVID -19 TANTO DENTRO COMO FUERA DE SU JORNADA LABORAL. | USO DE EPP : . SE LE RECOMIENDA DE MANERA ESPECIAL EL USO DE LOS E.P.P. LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS , POSTURAS ERGONOMICAS Y ADECUADO MANEJO DE CARGAS. EVITAR ACTOS INSEGUROS QUE PUEDAN CAUSAR UN ACCIDENTE LABORAL | HABITOS SALUDABLES : DIETA SANA, BALANCEADA, EJERCICIO CONSTANTE , TIEMPO ADECUADO PARA EL DESCANSO Y LA RECREACION NO LICOR, NO CIGARRILLO NI DROGAS. CONTROLES MEDICOS PREVENTIVOS EN SU EPS. |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | SVE VISUAL | CONTROL DE PESO |
| VALORACIÓN POR EPS : CONTROLES PERIODICOS POR OPTOMETRIA | SVE OSTEOMUSCULAR | HACER DEPORTE |
| | | NO FUMAR |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

TRABAJADOR EVALUADO PARA EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO, EVIDENCIANDOSE BUEN ASPECTO GENERAL. PRESENTA CONDICION CLINICA DE ORIGEN COMUN NO ASOCIADA A RESTRICCIONES LABORALES PREVIAS O ACTUALES. NO INDICIOS NI PATOLOGIA DE ORIGEN LABORAL. NIEGA COVID 19 NI SINTOMAS SUGESTIVOS EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. VACUNA COVID-19: SI 2 DOSIS .

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 ver ídicas. 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 le ído 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: Dr. Javier Gutiérrez Balcazar

**Nombre:** GUTIERREZ BALCAZAR JAVIER

**R. M.:** 6860/89 **L.S.O.:** 03069/16

**Código de Seguridad**
**S670Y1E114461**

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

**Nombre:** HOYOS MOSQUERA OVIDIO REINALDO

**CC:** 4771015