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° 139.327

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DÍA	01 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)

VALVERDE SANCHEZ FABIAN ANDRES	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	41 AÑOS 1 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	10300962 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
COMUNICAIONES

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

Observaciones: *NO APLICA*

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
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : 8-15MMHG	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO BAJAR DE PESO
	CAPACITACIÓN : EN SST	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: EXAMEN MÉDICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES. SIN DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍAS DE ORIGEN LABORAL. PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR.
RECOMENDACIONES:
- PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ANTES Y DURANTE EL TRABAJO (10 MINUTOS CADA 2 HORAS , SE DEBE UTILIZAR EPP SIEMPRE QUE SEA NECESARIO , DEBE HACER DEPORTE 4 VECES POR SEMANA , Y TENER UNA DIETA SALUDABLE RICA EN FRUTA VERDURAS BAJA EN GRASA Y AZÚCARES EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL DEBE INFORMAR DE MANERA OPORTUNA A SU ARL
-PARA LA EMPRESA· PROPICIAR UN BUEN AMBIENTE LABORAL , VIGILAR Y CAPACITAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITAR SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

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 nesgos 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

Firma: Dra. Nancy Carolina Mopan Rodriguez

Nombre: MOPAN RODRIGUEZ NANCY CAROLINA

R. M.: 1061738450 L.S.O.: 07548-11-2021

Código de Seguridad
W670C1I139327

Aspirante o Trabajador

Firma: Fabian Andres

Nombre: VALVERDE SANCHEZ FABIAN ANDRES

CC: 10300962