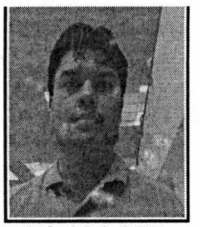
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

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° 181.077

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	10 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	
GUERRERO GRAJALES FREDY GUILLERMO	MASCULINO	27 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	1004517780 (Número)

Cargo

JUDICANTE

EPS	AFP	ARL
SOS	**NO REFIERE**	**NO REFIERE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES*

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:

EVALUACIÓN MÉDICA DE PRE-INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 2 A3 HORAS	HÁBITOS SALUDABLES
	CAPACITACIÓN : EN SST	CONTROL DE PESO : CONTROL DE SOBREPESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : CAMINATA TROTE
		HACER DEPORTE : 3 A4 VECES POR SEMANA
		DIETA BALANCEADA : PLATO SALUDABLE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

**TRABAJADOR PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES **

** NIEGA ACCIDENTES O ENFERMEDAD DE PRESUNTO ORIGEN LABORAL

**RECOMENDACIONES PARA TRABAJADOR SE DEBE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ANTES Y DURANTE EL TRABAJO , EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y CUIDADO DE COLUMNA, SE DEBE UTILIZAR EPP SIEMPRE QUESEA NECESARIO , SE EDUCA EN HÁBITOS SALUDABLES , DEBE HACER DEPORTE 3 A 4 VECES POR SEMANA , Y TENER UNA DIETA SALUDABLE RICA EN FRUTA VERDURAS BAJA EN GRASA Y AZUCARES.

** PARA LA EMPRESA, PROPICIAR UN BUEN AMBIENTE LABORAL , VIGILAR Y EDUCAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITAR SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES , EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DE ESTAS DEBE INFORMAR DE MANERA OPORTUNA A SU ARL

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.

Md. Ricardo Garzon Lopez
Esp. Salud Ocupacional
Res. 10280.- Reg. 66509

Firma:

Nombre: CC: 1085255760 - RICARDO GARZON

R. M.: 52-2705/2014 **L.S.O.:** 10980-09-2019

Código de Seguridad
X670D1J181077

Firma:

Nombre: GUERRERO GRAJALES FREDY GUILLERMO

CC: 1004517780