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

N° 119.961

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	02 MES	2024 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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GUZMAN PRADO LISSETT ALEJANDRA	FEMENINO	29 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS	CC (Tipo)	1061777080 (Número)

Cargo
PSICOLOGA

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

Observaciones: *CONCEPTO EN VIRTUD DE LA RES. 2346 DE 2007: APTO(A) PARA EL CARGO. NO HAY CONDICIONES DE SALUD QUE PUEDAN AGRAVARSE POR EL TRABAJO. NO HAY RESTRICCIONES LABORALES.*

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 MÈDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROLES CON NUTRICIONISTA.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : HACER EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MÚSCULAR DEL CUELLO, DE LAS EXTEMIDADES Y ESPALDA CADA HORA. CAPACITACIÓN : DAR CAPACITACIONES AL TRABAJADOR EN TEMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES. PLANES DE EMERGENCIA. OTROS : CUIDADOS DE LA VOZ.	HABITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO : DEBE BAJAR 10 KILOS DE PESO CORPORAL. ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EMPRESA: ASOCIACIÒN DE PADRES DE FAMILIA DE LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR CAMINO REAL.
CARGO: PSICÒLOGA.

NOTAS ADICIONALES.:
1. LA PRESENTE VALORACIÒN MÈDICO LABORAL SE REALIZÒ SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD PARA COVID 19 INSTITUCIONAL Y EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS NACIONALES POR LA ACTUAL PANDEMIA. SE DEJA DISTANCIA DE 2 METROS EN LA ENTREVISTA. SE USAN TODOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL POR EL MÈDICO. TAPABOCAS QUIRÙRGICO , GORRO, GAFAS DE SEGURIDAD Y BATA ANTIFLUIDOS. PREVIA ASEO Y ASEPSIA DE ÀREAS.
2. SEGUIR CON LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÒN QUE EL MINISTERIO DE SALUD HA INSTAURADO ESPECIALMENTE LA VACUNACIÒN CONTRA COVID 19, MANTENER AL DIA DOSIS Y REFUERZOS. VACUNARSE CONTRA LA INFLUENZA CADA AÑO. CONTINUAR LA PRÀCTICA DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESPECIALMENTE EL LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y USO DE TAPABOCAS CUANDO SE ESTIME NECESARIO.

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 mi 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		Aspirante o Trabajador
Firma: Dr. José Oswaldo Imbachi F. MEDICO OCUPACIONAL SALUD OCUPACIONAL R.M. 8671/90 L.S.O. 04658-10-2020	Código de Seguridad B670H1N119961	Firma: Lissett Alejandra Guzmán Prado
Nombre: IMBACHI FERNANDEZ JOSE OSWALDO		Nombre: GUZMAN PRADO LISSETT ALEJANDRA
R. M.: 8671/90 L.S.O.: 04658-10-2020		CC: 1061777080