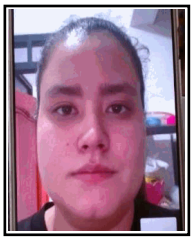
Dr. Héctor Fabio Gallo Mosquera
Esp. Sistema de gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo
Mg. Riesgo Laboral
Nit: 18506584-8
Celular: 312 808 6307
Email: citasdrhfgallo@gmail.com
Ciudad: Pereira



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.286

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	01 MES	2025 AÑO	PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICINA LABORAL INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	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	
CANO GRISALES LAURA MARCELA	FEMENINO	28 AÑOS 0 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	1088340260 (Número)

Cargo
DISEÑADOR GRAFICO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO QUE NO IMPIDE REALIZAR LABOR ASIGNADA

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:

CONSULTA MEDICINA LABORAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CAMINAR 30 MINUTOS DIARIOS Y EVITAR BEIDAS Y COMIDAS AZUCARADAS.

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: GALLO MOSQUERA HECTOR FABIO

R. M.: 969 MD **L.S.O.:** LPSST 860-16

Código de Seguridad
H1572N1T1286

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CANO GRISALES LAURA MARCELA

CC: 1088340260