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° 4.904**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 18 DÍA | 09 MES | 2026 AÑO | PEREIRA (RISARALDA, COLOMBIA) Ciudad | CONSULTA MEDICA LABORAL PRE-INGRESO |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULARES CONTADO | 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 | |
|---|---|---|---|---|
| RENTERIA OCAMPO DAVID FERNANDO | MASCULINO | 27 AÑOS 5 MESES 27 DÍAS | CC (Tipo) | 1088354555 (Número) |

Cargo: **PROFESIONAL EN CIENCIAS DEL DEPORTE**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SURA | PORVENIR | AXA COLPATIRA |

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 |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

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**



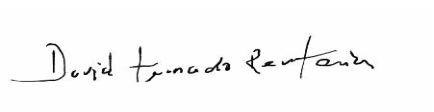
**Firma:**

**Nombre:** CC: 18506584 - HECTOR FABIO GALLO

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

**Código de Seguridad**
**H1572N1T4904**

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** RENTERIA OCAMPO DAVID FERNANDO

**CC:** 1088354555