Dra. DIANA MARCELA GIL RAMIREZ
Médico Esp SST Reg habilitación: **1100133842** NIT: **52847925**
Prestador Independiente consulta ext. Intramural
Telemedicina Secretaria de Salud de Bogotá
Dirección: Calle 127 # 19a - 44 cons 609 Acomedica II
Cel: 313 218 4279
www.dianagilr.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 637

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE 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	
LONDOÑO CHAVARRÍA LINA MARIA	FEMENINO	41 AÑOS 11 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	43925479 (Número)

Cargo: **AUXILIAR ADMINISTRATIVA**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	**PORVENIR**	**POSITIVA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL 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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : OPTOMETRIA ANUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 30 MINUTOS DIARIOS
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL PREVENTIVA ANUAL		

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

Diana Marcela Gil R.
Médico Esp.
Salud Ocupacional
Licencia. 0683

Firma:

Nombre: CC: 52847925 - DIANA MARCELA GIL

R. M.: 86 114/2010 **L.S.O.:** 0683

Código de Seguridad
A1683G1M637

Aspirante o Trabajador

Lina Maria Londoño Chavarría
Lina Maria Londoño Chavarría (26 nov., 2025 12:03:11 EST)

Firma:

Nombre: LONDOÑO CHAVARRÍA LINA MARIA

CC: 43925479