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

Nº 723

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	01 MES	2026 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	
JARAMILLO RODRÍGUEZ ADIELA JOANNA	FEMENINO	30 AÑOS 1 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	1023802818 (Número)

Cargo: **AUXILIAR APOYO A LA GESTION**

EPS	AFP	ARL
COOSALUD	PORVENIR	NO TIENE

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
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL PREVENTIVA ANUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 30 MINUTOS DIARIOS

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Diana Marcela Gil R
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
H1683N1T723

Aspirante o Trabajador

Adiela J.
Adiela Joanna Jaramillo Rodríguez (14 ene. 2026 15:16:06 EST)

Firma:

Nombre: JARAMILLO RODRÍGUEZ ADIELA JOANNA

CC: 1023802818