



INTEGRAR
salud y seguridad

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS

NIT: 901.200.839-9

Dir: Calle 15 # 37 L 10 Esperanza 8 Etapa

Cel: 317 667 8051 - 318 806 7994

Tel: 666 8018

Correo: subgerencia@integrarips.com

www.integrarips.com



N° 8.296

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
22 DÍA	07 MES	2026 AÑO	VILLAVICENCIO (MEYA, COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa				Empresa en misión	
PARTICULARES				A QUIEN INTERESE	
CIIU (Actividad Económica) del empleador:					
8710 - ACTIVIDADES DE ATENCIÓN RESIDENCIAL MEDICALIZADA DE TIPO GENERAL.					
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	
GOMEZ RAMOS MONICA TATIANA		FEMENINO	30 AÑOS 1 MESES 30 DÍAS	CC	1121934711
Carga				Tipo	Número
INGENIERA CIVIL					
EPS		AFP		ARL	
NUEVA EPS S.A.		PORVENIR		POSITIVA	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR 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:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO		ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
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			Aspirante o Trabajador		
Firma:			Firma:		
Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ			Nombre: GOMEZ RAMOS MONICA TATIANA		
R. M.: 68-859/1999 L.S.O.: 7407 DE 2021			CC: 1121934711		
Código de Seguridad					
R1148X1D8296					