



**Dra. Ángela Camacho.**  
Medicina Aeronáutica, Ocupacional y del Viajero  
www.medicoaeroespacial.com/Dra-angela-camacho  
Villavicencio, Meta Teléfono: +57 3215616178  
Draangela@medicoaeroespacial.com



Código de validación: 8654687742028

**CERTIFICADO MÉDICO De ingreso      FECHA: 16/01/2026**

|                                                           |                                     |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> KAREEN VANESSA PINZON RAMIREZ | <b>EDAD:</b> 30                     |
| <b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> Cédula de ciudadanía            | <b>N° DOCUMENTO:</b> 1023942176     |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> 1995-04-22                    | <b>GÉNERO:</b> Femenino             |
| <b>CARGO:</b> PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISION       | <b>EMPRESA:</b> PARTICULAR          |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> VANESSAPINZONR@GMAIL.COM       | <b>TELÉFONO:</b> 573204180576       |
| <b>CIUDAD:</b> Bogotá                                     | <b>DIRECCIÓN:</b> Carrera 17#152-14 |
| <b>EPS:</b> Sanitas                                       | <b>RIESGOS LABORALES:</b> Positiva  |
| <b>FONDO DE PENSIÓN:</b> Colpensiones                     |                                     |

**SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:**

Desordenes musculoesqueléticos (DME), Riesgo psicosocial, Salud Visual, Riesgo Cardiovascular,

**AYUDAS DIAGNÓSTICAS:**

Ninguna

**ÉNFASIS:**

OSTEOMUSCULAR: Normal

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:**

De acuerdo con el examen ocupacional realizado a KAREEN VANESSA PINZON RAMIREZ , con documento N° 1023942176 , en el día 16/01/2026. Se considera APTO/A, sin restricciones para la ocupación de PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISION

**RECOMENDACIONES GENERALES:**

implementar hábitos y estilo de vida saludables, alimentación balanceada, adecuada hidratación oral, actividad física regular, asistir periódicamente a consulta preventiva en su EPS.

**CONDUCTAS OCUPACIONALES:**

De acuerdo con los hallazgos clínicos y el examen médico realizado, paciente no presenta alteraciones médicas que interfieran en el adecuado desarrollo de su actividad laboral. Se recomienda implementar medidas de trabajo seguro, haciendo énfasis en los principales riesgos asociados a su cargo.

Higiene postural de acuerdo al cargo a desempeñar

Capacitar en higiene postural y cuidados de espalda

El empleador debe de manera periódica inspeccionar puesto de trabajo

Ejecutar un adecuado programa de pausas activas y pasivas de manera periódica durante la jornada laboral

Capacitación en la prevención de riesgos propios del trabajo, en notificar cualquier incidente o accidente laboral y acatar recomendaciones del programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa

Adoptar estilos de vida saludable, ejercicio, dieta balanceada en fibra, frutas, vegetales, baja en azúcares, carbohidratos y grasas

Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo a desempeñar

Uso de lentes de corrección visual

control visual anual

Control nutrición

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR:**

De acuerdo con lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del ministerio de protección social, las evaluaciones medicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud de los trabajadores; así fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica mediante los programas de promoción y prevención de la salud. Autorizo al médico ocupacional, quien firma este certificado a realizar el presente examen médico ocupacional y pruebas complementarias a las que haya lugar. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas, que no omito información relevante que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendo las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

*anf anf*



**FIRMA DEL MÉDICO**

**NOMBRE:** Ángela Lorena Camacho Suárez

**REGISTRO MÉDICO:** 8554/2014 - 52968061

**LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** 7274 del 07/04/2021

*Kareen*

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

**NOMBRE:** KAREEN VANESSA PINZON RAMIREZ

**DOCUMENTO:** 1023942176