Fecha de impresión:13/11/2025 13:32

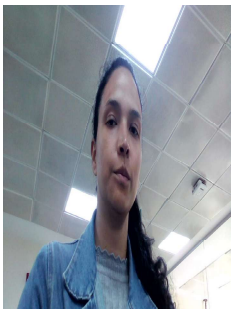
Nombres y Apellidos: ANGELICA MARCELA AVELLA MARIN
Empresa: MINISTERIO DE CULTURA

compensar | salud

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Ciudad o Municipio: BOGOTA Departamento: BOGOTÁ, D.C. Fecha de Atención 13/11/2025

TIPO DE EXAMEN: EVALUACIÓN MÉDICA PERIODICA PROGRAMADA



DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos Paciente: ANGELICA MARCELA AVELLA MARIN
Tipo y Nro. de Identificación: CC 1018419176 Sexo: Femenino
Edad: 37 Años Fecha de Nacimiento: 29/09/1988
Escolaridad: Profesional Estado Civil: Soltero/a
Zona de Residencia: Urbana Condición de Discapacidad: No aplica
AFP: COLFONDOS
EPS: SANITAS
ARL: POSITIVA

DATOS GENERALES

Empresa: MINISTERIO DE CULTURA
NIT: 8300343485
Actividad económica:
Cargo u oficio: Auxiliar administrativa/o Tipo de Cargo: Administrativo
Fecha de Ingreso: 30/08/2018

LUGAR DE TRABAJO

EXAMENES Y VALORACIONES COMPLEMENTARIOS:

Laboratorios: Si

17-oct-25	0080599264	0000903841	GLUCOSA SUERO U OTRO FLUIDO DI
17-oct-25	0080599264	0000903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LD
17-oct-25	0080599264	0000903818	COLESTEROL TOTAL
17-oct-25	0080599264	0000903868	TRIGLICERIDOS
17-oct-25	0080599264	0000903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HD
17-oct-25	0080599264	0000902210	HEMOGRAMA IV

Optometría

CALIFICACIÓN CONCEPTO DE APTITUD: EVALUACIÓN SATISFACTORIA

OBSERVACIONES:
Se revisa resultados de exámenes de laboratorio y pruebas complementarias.- se dan recomendaciones.

Vigilado Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Fecha de impresión:13/11/2025 13:32

Nombres y Apellidos: ANGELICA MARCELA AVELLA MARIN

Empresa: MINISTERIO DE CULTURA

compensar | salud

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Ciudad o Municipio: BOGOTA Departamento: BOGOTÁ, D.C. Fecha de Atención 13/11/2025

TIPO DE EXAMEN: EVALUACIÓN MÉDICA PERIODICA PROGRAMADA

Evaluación satisfactoria, sin evidencia de enfermedad osteomuscular. Adecuada valoración del sistema osteomuscular, Asintomático con recomendaciones osteomusculares.-
Observaciones:
Continuar medidas de autocuidado y bioseguridad en patologías respiratorias + continuar uso de tapabocas en sitios y condiciones que se requiera.
Disminuir la exposición a factores de riesgo para enfermedades osteomusculares, adecuar el puesto de trabajo y realizar pausas activas de acuerdo a indicaciones.

RECOMENDACIONES AL TRABAJADOR:

ESTILO DE VIDA Y HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLE	DIETA NORMAL, BALANCEADA, COMPLETA Y SALUDABLE, BAJA EN GRASA SATURADA, ADECUADOS HÁBITOS ALIMENTICIOS REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR (150 MINUTOS POR SEMANA) 3 DÍAS POR SEMANA.
HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA	SILLA CON ADECUADO APOYO LUMBAR, USO DE APOYAPIÉS, AUTOCUIDADO POSTURAL, EVITAR POSTURAS POR TIEMPO PROLONGADO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA JORNADA LABORAL	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL SEGÚN RECOMENDACIONES DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE LA EMPRESA
CONTROL PERIÓDICO CON OPTOMETRÍA	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, VALORACIÓN POR LA EPS.
USO DE CORRECCIÓN VISUAL O CORRECCIÓN ÓPTICA	USO PERMANENTE DEL TRATAMIENTO OPTOMÉTRICO. USO DE FILTRO UV. Y ANTIRREFLEJO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES
CONTROL O VALORACIÓN POR MEDICINA LABORAL	ASISTIR A EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES PERIÓDICOS PROGRAMADOS POR LA EMPRESA
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 30 MINUTOS 3 VECES A LA SEMANA	ACTIVIDAD FÍSICA DE 3 A 5 VECES POR SEMANA (MÍNIMO 150 MINUTOS POR SEMANA)

RECOMENDACIONES A LA EMPRESA:

MEDIDAS ERGONÓMICAS EN EL PUESTO DE TRABAJO	DISEÑO ERGONÓMICO EN PUESTO DE TRABAJO, REVISAR ALTURA ADECUADA PARA SILLA Y PANTALLA DEL COMPUTADOR
PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL	FOMENTAR LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS, 10 MINUTOS POR CADA 2 HORAS DE LABOR
CAPACITACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	SEGUIR RECOMENDACIONES DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, ASISTIR A LOS PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA DE LA EPS.
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN VISUAL	REALIZAR ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN EN RIESGO VISUAL
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA RIESGO BIOMECÁNICO	REALIZAR ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN EN RIESGO BIOMECÁNICO

Vigilado Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Fecha de impresión:13/11/2025 13:32

Nombres y Apellidos: ANGELICA MARCELA AVELLA MARIN
Empresa: MINISTERIO DE CULTURA

compensar | salud

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Ciudad o Municipio: BOGOTA Departamento: BOGOTÁ, D.C. Fecha de Atención 13/11/2025

TIPO DE EXAMEN: EVALUACIÓN MÉDICA PERIODICA PROGRAMADA

Profesionales que participaron en la atención

Nombre: HERNANDEZ MARTINEZ JULIO CESAR

Registro: 79326154

L.S.O. 15277 de 2018

Identificación: CC79326154

Firma Profesional

Lic S.O 15277 de 2018



Vigilado Supersalud
PROGRAMA DE COMPENSAR EPS APROBADO CON RESOLUCIÓN 0108 PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
VIGILADO SuperSubsidio

Nombres y Apellidos: ANGELICA MARCELA AVELLA MARIN

Fecha de impresión: 13/11/2025 13:31

Empresa: MINISTERIO DE CULTURA

compensar | salud

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

Yo ANGELICA MARCELA AVELLA MARIN Identificado con CC 1018419176 Autorizo de manera voluntaria al personal médico y paramédico que la institución defina para que se me realicen durante el tiempo necesario el exámen médico ocupacional y los exámenes complementarios a que haya lugar y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/ o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el (los) profesional(es).
Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Compensar dé a la misma. Así mismo dejo constancia que conozco los resultados de esta(s) evaluación(s) médica.
Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para las gestiones y cumplimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.

Tratamiento de Datos Personales

Manifiesto que de conformidad con el artículo 12 de la Ley 1581 de 2012 de la República de Colombia, COMPENSAR me ha informado lo siguiente:
Mis datos personales serán tratados manual o electrónicamente para los fines señalados a continuación. Dentro de los datos personales que proporciono a COMPENSAR se encuentran en mi historia clínica ocupacional, mis huellas dactilares, fotos, resultados de exámenes médicos derivados del examen de ingreso, egreso, seguimientos periódicos requeridos por Salud Ocupacional, así como información sensible sobre miembros de mi grupo familiar y menores de edad.
En mi condición de titular de los datos personales, tengo los siguientes derechos además de los previstos en la Constitución, en la ley y sus normas reglamentarias:
a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente a los responsables o encargados del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados o que induzcan a error.
b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable o encargados del tratamiento, excepto cuando expresamente no sea un requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la ley 1581 de 2012.
c) Ser informado por el Responsable o el encargado del tratamiento previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a sus datos personales.
d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la citada ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen;
e) Revocar mi autorización y/o solicitar la eliminación del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido suministrados a COMPENSAR.

También he sido informado que COMPENSAR es el responsable del tratamiento de los datos personales suministrados y que su sede principal está ubicada en la Avenida 68 No. 49 A-47, contacto electrónico www.compensar.com y su número telefónico es 4280666. Adicionalmente, manifiesto que COMPENSAR ha puesto en mi conocimiento su política de tratamiento de datos Personales y a través de ella también me ha informado las finalidades para las cuales serán tratados mis datos personales, la cual está disponible en www.compensar.com y me comprometo a leer, estudiar, respetar y aplicar.
Teniendo en cuenta lo anterior, de manera expresa e informada, AUTORIZO a COMPENSAR para que recolecte y trate mis datos personales (incluso mis datos sensibles) para fines laborales y en particular para aquello relacionado con cuestiones de orden legal o contractual por el tiempo que sea necesario para alcanzar dicha finalidad o el máximo legal permitido. Esta autorización comprende la información que suministro verbalmente o por escrito (historia clínica, hoja de vida, formatos, etc.) con ocasión de los procesos de selección, y vinculación como trabajador para los siguientes fines: consultar, compartir, divulgar, reproducir, entregar, suministrar, publicar, cruzar, informar, actualizar, rectificar, recolectar, circular, usar, suprimir datos, tramitar, obtener, almacenar, gestionar, recaudar, legalizar, desembolsar, acceder, vincular, enviar, postular, recolectar, difundir, reembolsar, disponer, sistematizar, hacer estudios de mercado, investigaciones estadísticas, evaluar, realizar campañas de promoción, y suministrar la información objeto de tratamiento a los terceros que se requieran para efectos de consolidar, promocionar, verificar y fidelizar; para gestionar procesos internos de clima, desempeño, formación y desarrollo; para generar informes, analizar información y
gestionar procesos propios del desarrollo del talento humano; entregar la información a proveedores para la actualización de información en las plataformas tecnológicas que dan soporte a los procesos de COMPENSAR; y en general para dar cumplimiento a la normatividad en materia de salud ocupacional - salud laboral.

Firma Médico



Nombre : HERNANDEZ MARTINEZ JULIO CESAR

Registro : 79326154

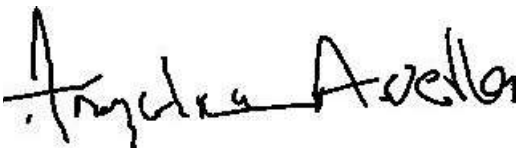
L.S.O. : 15277 de 2018

Identificación : CC79326154

Firma Aspirante o trabajador



Índice derecho



Nombre: ANGELICA MARCELA AVELLA MARIN

C.C: 1018419176

PROGRAMA COMPENSAR EPS APROBADO RESOLUCIÓN 0196
PLAN COMPLEMENTARIO APROBADO RESOLUCIÓN 0271
Vigilado Supersalud
Caja de Compensación Familiar COMPENSAR Comunicaciones
VIGILADO SuperSubsidio