Dirección: CALLE 19 No. 3-60 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

CERTIFICADO MANIPULACION ALIMENTOS

SEDE	CENDIATRA SUR 2	**DIRECCION**	Autopista Sur Transv. 35 No. 38 - 40
TELÉFONO	7443001	**EMAIL**	citas.sur@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-05-03	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos HELBERT ACOSTA PINTO **Identificación** CC Nro 80768127

Empresa JVM GROUP S.A.S.

Cargo CONDUCTOR



Fecha Ingreso 2023-01-16 09:32:31 **Fecha Salida** 2023-01-16 11:21:56

EXAMENES

ENFASIS OSTEOMUSCULAR — EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA MANIPULAR ALIMENTOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO — VISIOMETRIA

COPROLOGICO — EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

FROTIS FARINGEO

CONCEPTO_DE_APTITUD

APTITUD ALIMENTOS — APTO(A) PARA MANIPULAR ALIMENTOS

OBSERVACIONES_Y_RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES — NO PRESENTA

RECOMENDACIONES — NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

Fui informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ
Firma y sello del médico

HELBERT ACOSTA PINTO
CC 80768127
Firma del trabajador

IPS Exisalud
Servicios Integrales en Salud

IPS EXISALUD SAS
NIT. 901.385.351-0
Avenida Boyacá No 64F - 42, Bogotá, Colombia
Cel. 3164637448 - Tel. 9371020
E-mail. admon@exisaludsas.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 52,074

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

IPS CAMEDICA MP S A S	JVM GROUP SAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ACOSTA PINTO HELBERT	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	39 AÑOS 0 MESES 8 DÍAS	CC	80768127
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE LABORAL EN EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *APTO CON RECOMENDACIONES*

SI	PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRÍA	✓	FROTIS DE GARGANTA	✓
OPTOMETRÍA	✓	FROTIS DE UÑA KOH	✓
EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR DE PRE-INGRESO	✓	COPROLOGICO	✓
GLICEMIA	✓	PERFIL LIPIDICO (COL-HDL-LDL-TRIG)	✓

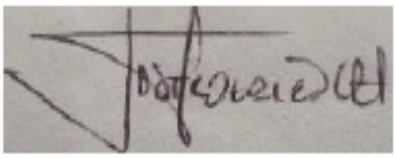
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	DIETA BALANCEADA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PRESENTA ALTERACION LEVE DE LA SENSIBILIDAD AUDITIVA , SE RECOMIENDA EVITAR USO DE ARICULARES O EXPOSICION A RUIDOS SUPERIORES A 85 DB SIN PROTECCION, CONTROL ANUAL CON AUDIOMETRIA

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 mi 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



Firma:

Nombre: CHAMARRAVI JOSE FEDERICO

R. M.: 4042/2017 **L.S.O.:** 4042/2017

Código de Seguridad
K739Q1W52074

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ACOSTA PINTO HELBERT

CC: 80768127

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 80768127

NOMBRE

HELBERT ACOSTA PINTO

FECHA DE NACIMIENTO

09-01-1984

RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

28-07-2020

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTEy MOV CUNDISIBATE



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	07-02-2030	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	07-02-2023	PUBLICO



COSMO-IO-L2.20

ESTA LICENCIA ES VÁ[illegible] NACIONAL

LC07000119223

De acuerdo con las políticas establecidas por la empresa, el reglamento interno de trabajo y los demás establecidos en la ley 9 de 1979 (Titulo III SALUD OCUPACIONAL, Artículos 122 a 124) y Resolución 2400 de 1979 (Titulo IV, Capitulo II DE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN, Artículos 176 a 201). A continuación, se relacionan los elementos entregados:

CANT.	ELEMENTO ENTREGADO	OBSERVACIONES
3	CONJUNTO MFINO NAVAL.	NUEVO
1	CHAQUETA NAVIA XL.	NUEVO
1	BOINA NEGRA PUNTACERO	NUEVO
1	Gel Antibacterial	Nuevo
1	Paquete de Gorros x100	Nuevo
1	Caja de Tapabocas	Nuevo
1	Toallas Desechables	Nuevo

Yo, HECBERT Acosta Nieto identificado con número de cédula de Ciudadanía 80768177., me comprometo a hacer buen uso de los elementos entregados, a su vez me hago responsable por la pérdida y daños ocasionados por el mal uso o descuido, de ser así, autorizo a la empresa para que haga el descuento respectivo del salario mensual (nómina) por el costo de los anteriores, de igual forma para facilitar efectos de control de la dotación, devolveré el anterior al momento de culminar mis actividades laborales con la compañía.

Fecha de entrega: 26/01/23	
Nombre: Alexander Espinosa	Nombre: HELBER ACOSTA
Firma de quien entrega:	Firma de quien recibe:
Cargo: JEFE PLANTA (ENCARGADO)	Cargo: CONDUCTOR

Nota: La NO utilización de los elementos de Dotación para la realización de las actividades y protección del trabajador a los peligros propios de la actividad durante su jornada laboral y el descuido de ellos, acarrea sanciones administrativas.