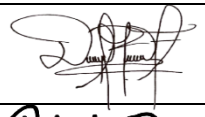
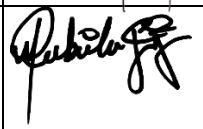
COMPONENTE NUTRICIÓN Y SALUBRIDAD

COMUNIDAD DE CUIDADO: Hogar Nazareth Chinauta
CONVENIO O CONTRATO: 8144-2024
FECHA: 23/10/ 2024

TABLA No.01. CERTIFICADO BPM (BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA) Y CERTIFICADO APTITUD MÉDICA

NOMBRE DEL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	CARGO	BPM FECHA DE EXPEDICIÓN	CURSADO EN	FECHA DE VENCIMIENTO	CERTIFICADO APTITUD MEDICA FECHA DE EXPEIDICION	REALIZADO POR EL MEDICO	FECHA DE VENCIMIENTO
Santiago Arbeláez	Manipulador de Alimentos	02/09/2024	Gemsap	02/09/2025	09/09/2024	Vargas Arcila Sandra	09/09/2025
Lisbeth Nayibe Molina	Manipulador de Alimentos	07/05/2024	Servicios Integrales en salud Publica. SAS.	07/05/2025	04/10/2024	Vargas Arcila Sandra	04/10/2025
Luz Mery Ardila	Manipulador de alimentos	02/09/2024	Sociedad colombiana de ingenieros de alimentos	02/09/2025	15/02/2024	Julio C. Ortiz Bueno	15/02/2025
Laura Bernal	Manipulador de alimentos	12/03/2024	Universidad de la Salle	12/03/2025	06/04/2024	Vargas Arcila Sandra	06/04/2025
Nubia Heidy Ramos Martínez	Manipulador de alimentos	06/05/2024	Universidad de la Salle	06/05/2025	11/07/2024	Vargas Arcila Sandra	11/07/2025
Clara Inés Gil	Manipulador de alimentos	01/08/2024	Servicios integrales en salud pública S.A.S	01/08/2025	05/08/2024	Vargas Arcila Sandra	05/08/2025

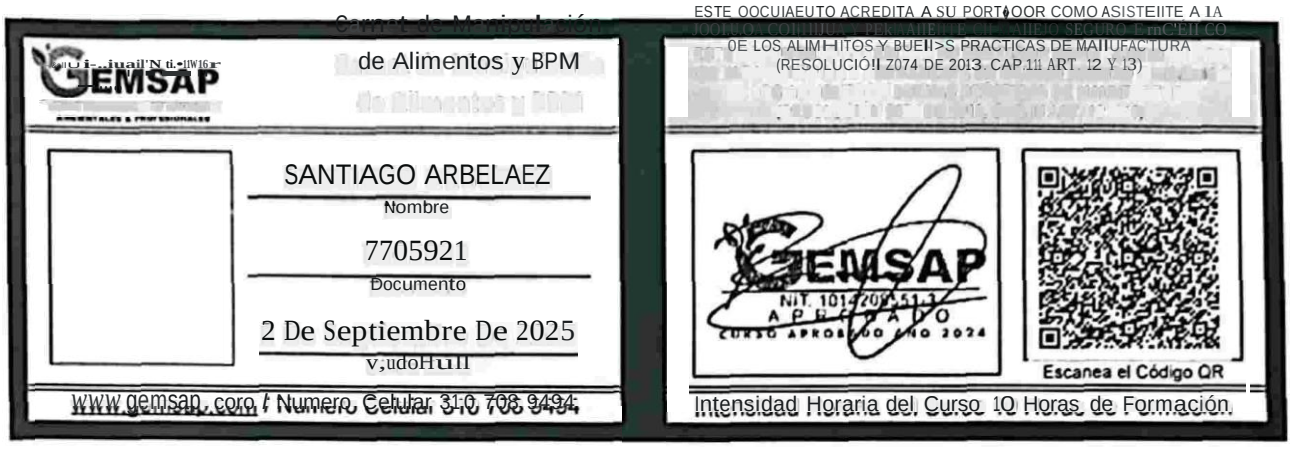
Patricia Suleiny Cruz	Manipulador de alimentos	06/05/2024	Universidad de la Salle	06/05/2025	07/05/2024	No reporta	07/05/2025
Andrés Gerardo Cangrejo	Técnico en gastronomía	27/04/2024	ASAMYSAN	27/04/2025	15/02/2024	Julio C. Ortiz Bueno	15/02/2025

REVISIÓN Y APROBACIÓN				
FECHA		NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
Elaboró	23/010/2024	Deisy Fonseca	Nutricionista	
Revisó y Aprobó	23/10/2024	Rubiela Giraldo	Coordinadora	

CERTIFICJ\OO-92024· 7705921

GEMSAP

AMBII:HTA1fS a. ,..o,UIONALI!S



Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales
Correo Electrónico: eguipo@gemsap.com Numero
Único de Contacto: 3107089494
www.gemsap.com

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO-92024-7705921

GEMSAP
GRUPO EMPRESARIAL DE SERVICIOS AMBIENTALES & PROFESIONALES

PLAN DE CAPACITACIÓN INDIVIDUAL

METODOLOGIA: TEORICO-PRÁCTICA-VIRTUAL

OBJETIVO DE CAPACITACIÓN	INTENSIDAD HORARIA
MODULO I • SEPTIEMBRE 2024	
Los Alimentos y los microorganismos: Identificar el concepto de alimento, así como sus caracterlsticas y su clasificación, identificar los tipos de contaminación que pueden sufrir los alimentos y los factores de crecimiento de las bacterias, así como la prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos.	1 hora
Seguridad de los alimentos: Conocer los riesgos a los que se encuentran expuestos los alimentos, las vías de contaminación de los alimentos de acuerdo al nivel de riesgo, entender el concepto de contaminación de los alimentos, así como las diferentes vias y tipos de contaminación de los alimentos.	2 horas
Buenas prácticas de manufactura: Conocer las buenas prácticas de manufactura y su implementación en la industria de los alimentos, aprender conductas que garanticen la entrega de un producto inocuo y apto para el consumo humano, y que beneficien la manioulación de los alimentos.	1 hora
MODULO II – MARZO 2026	
Marco legal de los alimentos: Dar a conocer las leyes, decretos y resoluciones que aplican para la industria de alimentos, los requisitos de infraestructura, higiene, personal V documentación cue se deben de cumplir en Colombia.	1 hora
Factores claves en la conservación de alimentos: Identificar los factores claves que beneficien la conservación de los alimentos temperaturas seguras, cadena de frio, almacenamiento y rotación de los alimentos, limpieza y desinfección de utensilios, áreas v suoerficies. Garantizando alimentos seauros.	1 hora
Prevención de la contaminación directa y cruzada: Conocer estrategias enfocadas a la prevención de la contaminación directa y cruzada de los alimentos, la importancia del lavado de manos, separar alimentos crudos de alimentos cocinados, la importancia de la higiene personal, respetar la cadena de trio y el correcto almacenamiento de los alimentos.	1 hora
Practicas higiénicas: Crear conciencia y actitudes que se consideren necesarias al trabajar con alimentos, para conservar las caracterlsticas de inocuidad de los alimentos y su manejo higiénico, resaltar la importancia del manipulador de alimentos en relación a la hiaiene V salubridad.	1 hora
MODULO III – JUNIO 2026	
Condiciones óptimas para la manipulación de alimentos: Conocer las condiciones óptimas de los lugares donde se fabrican, procesan, elaboran y manipulan alimentos, aarantizar el ambiente adecuado que disminuya los riesuos de contaminación.	1 hora
Plan de Saneamiento: Conocer el documento plan de saneamiento, su contenido, caracterlsticas, cumplimiento de programas y la importancia de la adecuada implementación y desarrollo de los programas de limpieza y desinfección, gestión de residuos sólidos V llquidos, control de plagas y abastecimiento de agua potable.	1 hora
TIEMPO TOTAL DE CAPACITACION RESOLUCION 2674 DE 2013	10 HORAS

Scanned with CamScanner

T.V.O. Salud Ocupacional®

TVO SALUD OCUPACIONAL NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com

CERTIFICADO MANIPULACION DE ALIMENTOS

FECHA: SEPTIEMBRE 09 DE 2024

NOMBRE: ARBELAEZ LIEVANO SANTIAGO LUIS DAVID

Certifico que revisando los exámenes realizados al (la) paciente arriba en mención Frotis de Garganta, KOH uñas, Coprológico, no presenta ninguna enfermedad infecto contagiosa ni parasitaria, que le impida manipular alimentos.

Apto para manipular alimentos.

Dra. Sandra Vargas A.
Medico Especialista S.S.
Seguridad y Salud en Trabajo

SANDRA E. VARGAS A.
MEDICO GENERAL
RM. 0698-03

LABORATORIO CLINICO
SALUD MEDICOS ESPECIALISTAS
Carrera 5 # 8-24 Teléfono 8726033 - Fusagasugá (Cund)

Orden: 240909018

240909018

Paciente: ARBELAEZ LIEVANO SANTIAGO LUIS DAVID

Identificación: 7705921
Edad: 46 Años **Genero:** Masculino
Fecha y Hr. 09/09/2024 10:16
Fecha y Hr. Imp.: 09/09/2024 12:32

Teléfono:
Empresa:
Origen: TVO SALUD OCUPACIONAL
Medico: SANDRA VARGAS ARCILA
e-mail: tvosaludocupacionalinfo@gmail.com

Nota:

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA

MICROBIOLOGIA

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] NEGATIVO

FROTIS FARINGEO

Parámetro	Resultado
REACCIÓN LEUCOCITARIA:	NEGATIVO
FLORA MIXTA NORMAL	ESCASO

Fecha y Hora de validación:lunes, 9 de septiembre de 2024 12:32 p. m.

Validado por: NANCY MAGALLY SANTOS GARCIA REG. 06429 CNB

PARASITOLOGIA

COPROLÓGICO

Parámetro	Resultado
EXAMEN FISICO	.
COLOR:	CAFE
CONSISTENCIA:	BLANDA
SANGRE MACROSCÓPICA:	NO SE OBSERVA
EXAMEN MICROSCOPICO	.
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
FIBRA MUSCULAR:	+
FIBRA VEGETAL:	+
RESIDUOS ALIMENTICIOS:	+
PARASITOS INTESTINALES:	NO SE OBSERVA

Fecha y Hora de validación:lunes, 9 de septiembre de 2024 12:29 p. m.

Validado por: NANCY MAGALLY SANTOS GARCIA REG. 06429 CNB

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19.015

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	**09** MES	**2024** AÑO	**FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR	**FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR**

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ARBELAEZ LIEVANO SANTIAGO LUIS DAVID	MASCULINO	46 AÑOS 11 MESES 17 DÍAS	Tipo: CC	Número: 7705921

Cargo
COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: .

APTO	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:

OPTOMETRÍA	✓	FROTIS FARINGEO- GARGANTA	✓
COPROLOGICO	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
KOH UÑAS	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL MEDICO GENERAL, FROTIS DE SANGRE PERIFERICA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SANA, PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS.
EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS 4 VECES A LA SEMANA INCLUIR ESTIRAMIENTOS MUSCULARES.
RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR.

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

Médico

Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15

Código de Seguridad
E1053K1Q19015

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ARBELAEZ LIEVANO SANTIAGO LUIS DAVID

CC: 7705921


CEffIFICADO DE IANI◆ULACIÓN DE AUMENTOS

NOMBRE KB20l4itJ $</A111 D·

l080ZqosJL

MUNICIPIO FUOAGASUGA

O M A

zoJ fJ

f LUZ ANGELA PABON P◆ffQ◆ .Í».

DSAAL-CMA-019-05-18-SECRETARIA DE SALUD DE CUNOINAMARCA

CERTIFICA QUE:

J(AeoLAtN_5uA'2éZ_D·

Documento No: 1oIOZ90 _.C/I

Aslsá6 •.. Cipl ctmdilft en..,.....,....t.t.c"611 de ....IieNCIOII — 11.4 enlded di 10 H«n. de Kuefdo • 11 normMhid.clvtgente '/ — 11 CUII N

los siguientes ··

t. TDMINOLOCMAWKA
2. LOS A&.IMmf1'0S. a..AM"ICACIÓN Y COMUCIAUZACIÓN
S. INOCUIDAD ALIStERRÁJHA
4. DUCOMPOSaCIÓN Y CONTAMINAOÓN (CONTAMINACIÓél cauiADA)
5. LOS MICJtOONANISMOSY DE.AUMIJffV
a. mNfIDMIDADUTUNIMITIDAS fllOlt LOSAUMINTOS ·.,
7. 8USNAS NACTICAS DI MANUMCTUIlA(9PM)

a. CONDIOOMS HIGIMCO SANITARIAS (INSTALACIÓN, unNSII IOS,ÁIIEAS De ILAIIOIIACIOII)
9. MANIPl'I ACIÓN DIALIIMNTOS (ACTMDADIS oe&JGAT'OtUAS DUIWlff a. PltOCESO)
10.MANIPULADOltUDIAUMINTOS
n. MOltMATMDADYIGBffl
t2. HCDCIÓN. ALMAQNAMIDTC) YTIIANSPOtlff
U. PUNTOSCllfflCOS DI CONTltOlY msGOS
M.. PUNU DI MIINTO aÁSfCO
15. RIQUISITOS MMSIICTOBS · BDIDASALCIOHÓUCAS, VIMTAS IN LAVlA l'UaLJCA, TRANSPOR'TWY CO_MDCIAUZAQÓN DE CAltNESY DDIVADOS, COMUCIAUZACIÓN DE LECHE atUDAMltA cotmfMO HUMANO.

DECRET◆ 150(?DE2007:
DECRETO 188? DE 2011
DECRETO 162 DE 2021 (DECRETO 1686 DE 2012)
RESOLUCION 604,DE 1993

FecN _ Expedld6ft: J..layo , ◆ ◆z◆

Nº 17.371

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO

OCUPACIONAL FUSAGASUGA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)

Fecha de Expedición: Mayo14/24

31 DÍA 05 MES 2024 AÑO

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

Ciudad

LUZ ANGELA PABON PARDO

ASISTENTE

Cargo

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

Calle 21 No 9 - 06 Barrio Balmoral Celular: 313 256 53 99 Fusagasugá (Cundinamarca)



SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA S.A.S.

LISBETH NAYIBE
MOLINA VELANDIA

Identificación.
1.073.670.475

VENCE: Dia: 01 Mes OCT 2025

COD. 100104

Oficina Principal: Cra. 8 No. 6-35 Fusa Local 118
Cel. 304 595 1651 - 318 563 5210, controldeplagain@hotmail.com

NORMATIVIDAD VIGENTE:
Según resolución 2674 de 2013
(Art 12) En cuanto a capacitación.
(Art 11) En cuanto a aptitud clinica.

GERENTE

Quien Participo y Aprobo La Capacitación De Manipulación Y Protección De Alimentos POR MÓDULOS, INTENSIDAD 10 HORAS AÑO LECTIVO

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA S.A.S

HABILITADO POR LA SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
DSP-SDVSP-AL-CMA-158-02-23

Fusagasugá, octubre 01 de 2024

Señor
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Ciudad

CERTIFICACION
ACTIVIDAD: MANIPULADOR DE ALIMENTOS

(normatividad vigente resolución 2674/2013)
Relaciono el personal asistente, año en curso:

CODIGO	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION
100104	LISBETH NAYIBE MOLINA VELANDIA	1.073.670.475

De común acuerdo, se asignaron las fechas de cada módulo en el transcurso del año, hasta **completar 10 horas año calendario 2024,** según actividad del establecimiento o manipulador. De alimentos en su área tecnológica.

No. de Módulos	H. Lectivas (teoria)	H. Prácticas	Total de Horas
(4)	(8)	(2)	(10)

CRONOGRAMA

TEMAS CAPACITACION	MODULO 1	MODULO 2	MODULO 3	MODULO 4
CONCEPTOS BASICOS DE ALIMENTOS Y PERFIL DEL MANIPULADOR.	X			
VIAS DE CONTAMINACION DE LOS ALIMENTOS.		X		
REGLAS HIGIENICAS PARA LA MANIPULACION DE LOS ALIMENTOS.			X	
ALMACENAMIENTO , COMERCIALIZACION Y DISTRIBUCION DE ALIMENTOS.				X

Cra 8. N. 6-35 CC. CENTROFUSA Local 118. Fusagasugá- Cundinamarca.
Cel. 3045951651/-WHATSAPP 3045951651
E-mail: controldeplagasin@hotmail.com

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA S.A.S

Módulo I: Conceptos Básicos De Alimentos Y Perfil Del Manipulador.

1.1 Legislación Alimentaria.

1.2 Responsabilidad de las empresas del sector alimentario

1.3 Perfil del manipulador de alimentos

1.4 Practicas insitu 30 minutos según actividad o tecnología

1.5 Valoración o grado de adaptabilidad del módulo I

Módulo II: Vías De Contaminación De Los Alimentos.

2.1 Aspectos generales de contaminación (física, química y biológica)

2.2 Peligros químicos, Físicos y biológicos

2.3 Enfermedades trasmitidas por alimentos ETA`s.

2.4 Higiene Alimentaria (BPM)

2.5 Prácticas insitu 30 minutos según actividad o tecnología

2.6 Valoración módulo II.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA S.A.S

Módulo III: Reglas Higiénicas para la manipulación de alimentos

3.1 Microorganismos.

3.2 Requisitos de los manipuladores de alimentos

3.3 Higiene personal y conductual

3.4 Limpieza y desinfección (PLAN BASICO DE SANEAMIENTO) art 26 Res 2674

3.5 5 claves para la inocuidad de los alimentos (OMS)

3.6 Práctica insitu 30 minutos según actividad

3.7 Valoración módulo III

Módulo IV: Almacenamiento, Comercialización y Distribución de Alimentos.

4.1 Compra y recepción de materias primas.

4.2 Almacenamiento de alimentos.

4.3 Método de conservación de alimentos

4.4 Empaque y rotulado

4.5 Transporte y comercialización de alimentos.

Practicas insitu 30 minutos según actividad

4.6 Valoración módulo IV

4.7 Evaluación final y grado de adaptabilidad por tecnología puntaje obtenido

Cra 8. N. 6-35 CC. CENTROFUSA Local 118. Fusagasugá- Cundinamarca.
Cel. 3045951651/-WHATSAPP 3045951651
E-mail: controldeplagasin@hotmail.com

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA S.A.S

Teniendo en cuenta el artículo 12 de la resolución 2674 de 2013, nuestra empresa **SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA S.A.S,** cumple con el plan de capacitación continuo y permanente para el personal manipulador de alimentos. Dicho plan comprende las 10 horas anuales y serán reforzadas con información escrita adicional y digital.

Contamos con personal profesional idóneo con formación y experiencia especifica en el área de higiene de los alimentos, Buenas prácticas de manufactura (BPM) , HACCP

.

ASI DAMOS CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS DE LA RESOLUCION 2674 DE 2013 ART. 12 CON EL PERSONAL QUE ASISTIO, EN CASO DE REFUERZOS SE ACORDARAN FECHAS CON LA EMPRESA CONTRATANTE

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA S.A.S

Ing. Ana Elena Carreño Cantor
Auditor interno HACCP Y BPM

Cra 8. N. 6-35 CC. CENTROFUSA Local 118. Fusagasugá- Cundinamarca.
Cel. 3045951651/-WHATSAPP 3045951651
E-mail: controldeplagasin@hotmail.com

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19.819

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	10 MES	2024 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR	FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MOLINA VELANDIA LISBETH NAYIBE	FEMENINO	38 AÑOS 0 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	1073670475 (Número)

Cargo
OPERARIA DE COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: .

APTO 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:

OPTOMETRÍA	✓	FROTIS FARINGEO- GARGANTA	✓
COPROLOGICO	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
KOH UÑAS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SANA, PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS.
EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS 4 VECES A LA SEMANA INCLUIR ESTIRAMIENTOS MUSCULARES.
RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR.

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

Médico

Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15

Código de Seguridad
N1053T1Z19819

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MOLINA VELANDIA LISBETH NAYIBE

CC: 1073670475

OPERARIO DE COCINA Apellidos y Nomb<es 2 DIAS Tipo Número

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones:

APTO | 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:

OPTOMETRÍA	·¿'	FROTIS FARINGEO-GARGANTA	./
COPROLOGICO	./'	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	./
KOH UÑAS	·¿'	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURA!.	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTO♦ DIARIOS, INICIAR EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS RE.ALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencíonado 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 ver idicas. 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 legislad ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R.M.: 0698-03 L.S.O.: 2462-15

Código de Seguridad
O1053U1A.17371

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SUAREZ OIAZ KAROLAIN LELANY

ce: 1080290511



INSTRUCCIONES

1.Corte ÚNICAMENTE los extremos como indica las líneas.
2.Doble por la mitad.
3.Una las dos caras con pegamento.
imprimir en cartulina o papel semi-grueso

PLAN DE CAPACITACIÓN

Instituto Tecnológico del Sur

1. OBJETIVOS:

1.1 OBJETIVO GENERAL:

Capacitar a todo el personal de **Instituto Tecnológico del Sur,** que esté relacionado o tenga que ver con la manipulación de alimentos, para que estén en la capacidad de poner en práctica las Buenas Prácticas De Manufactura, dando cumplimento a lo estipulado en la resolución 2674 de 2013.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evitar la contaminación de los alimentos que se fabrican, procesan, almacenan o hacen parte de la cadena productiva de cualquier actividad relacionada con la manipulación de alimentos.
- Difundir el plan de saneamiento básico de cada empresa o establecimiento, con todo el personal manipulador de alimentos, para así poder dar un estricto cumplimiento a este.
- Involucrar la labor específica de cada uno de las asistentes a las cesiones de capacitación para dar cumplimiento a lo referente al enfoque y contenidos de cada una de estas capacitaciones sea acorde con cada una de las empresas participantes de cada sesión.

2. MARCO LEGAL: Resolución 2674/2013.

sociedadcolombianadeingenierosdealimentos.org cel. 3017029991
VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO
INGRESANDO EL NUMERO DE IDENTIFICACION A LA PAGINA: https://cursodemanipulaciondealimentos.org/

3. Artículo 12. Educación y capacitación. Todas las personas que realizan actividades de manipulación de alimentos deben tener formación en educación sanitaria, principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura y prácticas higiénicas en manipulación de alimentos. Igualmente, deben estar capacitados para llevar a cabo las tareas que se les asignen o desempeñen, con el fin de que se encuentren en capacidad de adoptar las precauciones y medidas preventivas necesarias para evitar la contaminación o deterioro de los alimentos.

Las empresas deben tener un plan de capacitación continuo y permanente para el personal manipulador de alimentos desde el momento de su contratación y luego ser reforzado mediante charlas, cursos u otros medios efectivos de actualización. Dicho plan debe ser de por lo menos 10 horas anuales, sobre asuntos específicos de que trata la presente resolución. Esta capacitación estará bajo la responsabilidad de la empresa y podrá ser efectuada por esta, por personas naturales o jurídicas contratadas y por las autoridades sanitarias. Cuando el plan de capacitación se realice a través de personas naturales o jurídicas diferentes a la empresa, estas deben demostrar su idoneidad técnica y científica y su formación y experiencia específica en las áreas de higiene de los alimentos, Buenas Prácticas de Manufactura y sistemas preventivos de aseguramiento de la inocuidad.

Artículo 13. Plan de capacitación. El plan de capacitación debe contener, al menos, los siguientes aspectos: Metodología, duración, docentes, cronograma y temas específicos a impartir. El enfoque, contenido y alcance de la capacitación impartida debe ser acorde con la empresa, el proceso tecnológico y tipo de establecimiento de que se trate. En todo caso, la empresa debe demostrar a través del desempeño de los operarios y la condición sanitaria del establecimiento la efectividad e impacto de la capacitación impartida.

Parágrafo 1°. Para reforzar el cumplimiento de las prácticas higiénicas, se colocarán en sitios estratégicos avisos alusivos a la obligatoriedad y necesidad de su observancia durante la manipulación de alimentos.

Parágrafo 2°. El manipulador de alimentos debe ser entrenado para comprender y manejar el control de los puntos del proceso que están bajo su responsabilidad y la importancia de su vigilancia o monitoreo; además, debe conocer los límites del punto del proceso y las acciones correctivas a tomar cuando existan desviaciones en dichos límites.

sociedadcolombianadeingenierosdealimentos.org cel. 3017029991
VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO
INGRESANDO EL NUMERO DE IDENTIFICACION A LA PAGINA: https://cursodemanipulaciondealimentos.org/

4. METODOLOGÍA:

- **AYUDAS AUDIVISUALES:** SE CUENTA CON PRESENTACIÓN EN POWER POINT Y GOOANIMATE. VIDEOS Y MATERIAL ESCRITO
- **TIEMPOS:** SE REALIZAN 1,5 HORAS DE CAPACITACIÓN, MEDIA HORA DE VIDEOS Y EVALUACIÓN PARA UN TOTAL DE 2 HORAS.
- **CERTIFICACIÓN:** SE CALIFICAN LAS EVALUACIONES Y EL PERSONAL QUE NO LO APRUEBA SE LE REALIZA UN REFUERZO PARA PODER CERTIFICARLO.

5. DURACIÓN:

- El presente plan de capacitación está programado para que se desarrolle a lo largo de un año y a partir de la capacitación inicial realizada se tendrá en cuenta la fecha para entregar a cada empresario las fechas de sus próximas capacitaciones.
- Cada sesión está diseñada con una duración de 2 horas para un total de 10 horas al año.
- El total de horas de capacitación es de 10 horas al año.

6. DOCENTES:

- GLORIA MARCELA CABREJO MORENO, INGENIERA DE ALIMENTOS, UNIVERSIDAD DE BOGOTA JORGE TADEO LOZANO, TARJETA PROFESIONAL # 25254-304194.
- CARLOS ALBERTO ZORRO, INGENIERIA INDUSTRIAL, UNIVERSIDAD CENTRAL, EMPRESARIO CON MÁS DE 24 AÑOS DE EXPREIENCIA EN PROCESOS DE CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS.

7. CRONOGRAMA Y TEMAS ESPECÍFICOS A IMPARTIR:

MÓDULO	TEMA
Módulo 1 horas 2	Buenas prácticas de manufactura, resolución 2674 de 2013, estado de salud del personal manipulador de alimentos, educación y capacitación y plan de capacitación.
Módulo 2 horas 2	Inocuidad alimentaria, presentación personal, plan de saneamiento, limpieza y desinfección y manejo del agua.
Módulo 3 horas 2	Ámbito de aplicación, prácticas higiénicas y medidas de protección, manejo de residuos solidos y control de plagas.
Módulo 4 horas 2	ETAS, contaminación química, microbiológica, alergénica y por bioterrorismo.
Módulo 5 horas 2	Ámbito de aplicación, entidades reguladoras, nivel de riesgo de los alimentos y concepto sanitario.

Centro Médico INTEGRAL
Salud Ocupacional

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

PERIODICO

FECHA: 15 DE FEBRERO DE 2024
NOMBRE: ARDILAAGUIl.AR LUZ MERY
CC: 39,627.944 DE FUSAGASUGA EDAD: 46 AROS
CARGO/OFICIO: OPERARIA DE COONA
EMPRESA: HOGAR NAZARETH CHINAUTA

EXAMEN FISICQ Ef.IFASIS EN VIAS RESPIRATORIAS, PIEL Y UÑAS:
SISTEMA RESPIRATORIO SIN PATOLOGIAS, VIAS VENTILADAS
SISTEMA TEGUMENTARIO: PIEL SIN DERMATITIS NI WIONES¡ SIN HONGOS

CONCEPTO:
APTO CON RESTIICCION PUEDE LABORAR SI RECIBE TRATAMIENTO O PROTECCION
SISTEMA OSTEOMUSCULAR CON ALTERACION
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

LABORATORIOS:
FROTIS FARINGEO: FLORA MIXTA NORMAL
KOH (FROTIS URAS>:: NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS FUNGICAS
COPROLOGICO: NEGATIVO PARA PARASJTOS tNTtSTINALES
PARACUNICOS¡
VISIOMETRIA: PRESBICIA SEVERA SIN CORRECCION
PIROMETRIA: DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

RECOMENDACIONES:
VALORACION DE JNMEDIATO EN SU EPS POR OPTOMETRIA. OFTALMOLOGIA, ORTOPEDIA. NUTRIQON Y ENDOCRINOLOGIA.
DIETA SANA Y EJEROC/O.
USO PERMANEWE DE CORRECCION OPTICA EN SUS LABORES.
REALIZAR PAUSAISACTIVAS CADA 2 HORAS.
SE SUGIERE CAM'310 DE CALZADO DOTACIONAL – CALZADO ORTOPEDICO O ERGONOMICO.
BUENA HIGIENE T'ERSONAL, LAVADO DE MANOS FREGUENTE, CEPILIADO UÑAS.
USO DE ELEMENTOS DE PROTECOON PERSONAL: GUANTES, UNIFORMES. GORROS TAPABOCAS, ZAPATOS COMODOS.
EVITAR P S SIN. D UADAS SEGUIR NORMAS G·SST DE LA EMPRESA CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.

ROTURA EE

Es>t.1.1ahsu Salud Ocupacional
'4683 de Die 12.,W,r
MEDICO Especialista Salud Ocupacional

TRABAJADOR luz mery Ardila A
CC: 39.627.944
TRABAJADOR CC: 39 627.944

CERTIFICAMOS: L• resolución 2346 de}ullo 11 de 2.007 Ar14 y Art 16, resotuc/6n 1918 de 2009, disponen la custodia de las Historias Cllnlcas a las IPS que originan el documento; por consiguiente, por normn teg•l•s vigentes, /a IPS Cenero Médico Integr•l SAS, g•rantlH /1 custodia de las Historias Cl/nlcas Ocupec/onales de los ex/menes res/lzados por /1 Inst/tuc/6n.

Licencia Salud Ocupacional res N" 6730 de 23-05-2018

Bogotá D.C.

LUZ ANGELA PABÓN PARDO

INGENIERA DE ALIMENTOS - UNIVERSIDAD DE LA SALLE

DSAAL-CMA-019-05-18-SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

CERTIFICA QUE:

P>iUQ.◆ 'l1NET\:,l e,tu,lei,L"-=-___

Documento No: :.'\.'4:2) -\J9'\.1SE,

As1.ttlóa la capllclt•clón •n HI ◆ y M#tlplit<lón d• Alhn•nto.s con uwll ffltefl.Mc»d de 10 Hot•.t, d• acuiotdo a ltl norm11tfvl ◆ v's,fflt• y'''S.e◆ ff t,ata,on lo.l tlguletnlfft•Müi:

DECRETO 1500 DE 2007
DECRETO 162 DE 2021 (DECRETO 1575 DE 2013)
RESOLUCIÓN 604 DE 1993

t. TCRMIHOLOCfA DÁSICA
1. LOS AUMENTOS, CLASIFICACIÓN Y COM1,tCIAUZACtÓH
S, INOCUIOAO A1lMINTAfdA
... DfSCOMPO$1CIÓH Y COHTAMIH.ACIÓH (CONTAMINACIÓN CRUZADA)
S. IOSMICROORGANISMOS Y MICltOOl!UCK.OGIA OI!LALIMENTO
6. eH,1..MEDADI!S TRANSMffl0A.$ POR L0$ ALIM(NTOS {ITA. s)
7. IUEHAS PRACTICAS DE MANUFACT\.IRA{IPM)
I. CONDICIONES HIGliNICO $AHITAJHAS (1KSTALACIÓN, EQUIPOS, UTEN$1UOS.ÁREA$ DE ELABORACIÓN)
9, MANIPULACIÓN DE AUMENTO$ (ACTIVIDADES OBLIGATORIAS DURANTE E1 PROC-ES0)
IO,MANIPULAOORE$ 0EAUMEHTOS
Tl. NORMATIVIDAO VIGENTE
t2. RECEPCIÓN, ALMACENAMIEHTO YTRANS:PORTI:
U.PUNTOS CRiTICOS DE CONTROLYRIUGO$
W. PLANES DE SANEAMIENTO 8ÁSKO

1$. REQUISITOS PARA SECTORES ESPECiFICOS: IIEBIDA.$ ALCOHÓUCAS. VENTAS EN LA VÍA PUWCA. TRANSPORTI!Yt ;)"4ac'lA11%ACJÓH DI" CARNES Y D◆RIVADOS. COMf.RCIAUZAOÓH DE LECHE CRUDA PARA CONSUMO HUM.ANO.

FechodoExp<dlchm: 12._ t-\A0. 1D1lJ

LUZ ANGELA PABÓN PARDO

ASESORA

Calle 21 No 9 - 06 Barrio Balmoral - Teléfono: 315 256 53 99 - Fusagasugá (Cundinamarca)

NPARDO

eeR11F1e10o)oeIMMI1RuIIA'e1óN!DEIAIIIMENtd.sD

1Aül2.A ':/11'\ED:I l!iE,lu.!Il\L

'\-23 - 49 1 - '\ SJ,

12 03 25

20556

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11 A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



Nº 16.348

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)				
06 DÍA	04 MES	2024 AÑO	Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR	FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
BERNAL GALEANO LAURA YINETH	FEMENINO	26AÑOS 10 MESES 13 DÍAS	Tipo: ce	Número: 1233491156

Cargo: OPERARIO DE COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones:

APTO 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:

VISIOMETRÍA		FROTIS FARINGEO- GARGANTA	../'
COPROLOGICO	y'''	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	
KOHUÑAS	./'	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	SVE VISUAL : USO EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL OPTOMETRIA ANUAL	PÁUSAS ACTNAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SANA, PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS.

EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS 4 VECES A LA SEMANA INCLUIR ESTIRAMIENTOS MUSCULARES.
RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR

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 ver idicas. 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 le ido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

[!]

Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R.M.: 0698-03 L.S.O.: 2462-15



l.C\ v:q
.0 t)E,
YOC
\,\

Nombre: BERNAL GALEANO LAURA YINETH

Código de Seguridad ce: 1233491156

W1053C1111RAR


CERTIFICADO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

FOTO

NOMBRE: HEIDY RAMOS

DOC: 1.(XB. ,.y

MUNICIPIO: FUSAGASUGA

VENCE: D M A 06 05 25

ING. LUZ ANGELA PABON PARDO

DSAAL-CMA-019-05-18 - SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

LUZ ANGELA PABÓN PARDO

INGENIERA DE ALIMENTOS - UNIVERSIDAD DE LA SALLE

DSAAL-CMA-019-05-18-SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

CERTIFICA QUE:

HEIDY RAMOS

Documento No: 1.069.314.493

Asistió a la capecitación en Higiene y Manipulación de Alimentos con una intensidad de 10 Horas, dictado a través de la modalidad virtual y sincrónica y en la cual se trataron los siguientes temas:

DECRETO 162 DE 2021 (DECRETO 1686 DE 2012)
RESOLUCIÓN 604 DE 1993

1. TERMINOLOGÍA BÁSICA
2. LOS ALIMENTOS, CLASIFICACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN
3. INOCUIDAD ALIMENTARIA
4. DESCOMPOSICIÓN Y CONTAMINACIÓN (CONTAMINACIÓN CRUZADA)
5. LOS MICROORGANISMOS Y MICROBIOLOGÍA DEL ALIMENTO
6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA's)
7. BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (BPM)
8. CONDICIONES HIGIENICO SANITARIAS (INSTALACIÓN, EQUIPOS, UTENSILIOS, ÁREAS DE ELABORACIÓN)
9. MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS (ACTIVIDADES OBLIGATORIAS DURANTE EL PROCESO)
10. MANIPULADORES DE ALIMENTOS
11. NORMATIVIDAD VIGENTE
12. RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE
13. PUNTOS CRITICOS DE CONTROL Y RIESGOS
14. ENFERMEDADES OCUPACIONALES
15. REQUISITOS PARA SECTORES ESPECIFICOS: BEBIDAS ALCOHÓLICAS, VENTAS EN LA VIA PUBLICA, TRANSPORTE Y COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS CARNICOS, CONGELADOS, CONGELACIÓN DE ALIMENTOS PARA CONSUMO HUMANO.

Fecha de Expedición: Octubre 07 de 2021

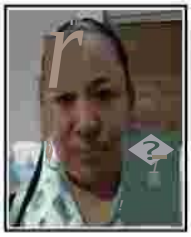
LUZ ANGELA PABON PARDO

Calle 21 No 9 - 06 Barrio Balmoral

ASISTENTE

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 17.992

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	07 MES	2024 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR	FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

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	Genero	Edad	Tipo	Número
RAMOS MARTINEZ NUBIA HEIDE	FEMENINO	39 AÑOS 2 MESES 15DÍAS	CC	1069714497

Cargo: OPERARIO DE COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR EN EL CARGO.

Observaciones:

APTO | 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:

OPTOMETRÍA		FROTIS FARINGEO- GARGANTA	
COPROLOGICO		EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	
KOH UÑAS		----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACION POR EPS: CITA MEDICO GENERAL CITA NUTRICION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SANA, PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS.
EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS 4 VECES A LA SEMANA INCLUIR ESTIRAMIENTOS MUSCULARES.
RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR

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 legislad in, 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

Nombre: RAMOS MARTINEZ NUBIA HEIDE

R.M.: 0698-03

L.S.O.: 2462-15

Código de Seguridad

21n:u::1L17992

ce: 1069714497

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA S.A.S

HABILITADO POR LA SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

Fusagasugé, agosto 01 de 2024

senor
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Ciudad

CERTIFICACION
ACTIVIDAD: MANIPULADOR DE ALIMENTOS

{normatividad vigente resolución 2674/2013)

Relaciono el personal asistente, ano en curso:

COO:GO	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION
080101	CLARA INES GIL BOSIGA	52.107.266

De común acuerdo, se asignaron las fechas de cada módulo en el transcurso del ano. hasta completar 10 horas afio calendario 2024, según actividad del establecimiento o manipulador. De alimentos en su área tecnológica.

No. de Módulos	H Iectivis (teorl.)	H. Pnlct:Cas	Total de Horas
(4)	(8)	(2)	(10)

CRONOGRAMA

TEMAS	MODULO	MODULO	MODULO	MODULO
CAPACITACION	1	2	3	4
COIUPTOS BASICOS DE AaEfTOS Y POR DEL	X			
IWCFWDOlt W.S DE CCIIT.u.u.col DE LOSAUOTOS.				
RfCUS 1diEIICAS rAAJ. U IIWII'LUCIOII DE IOI		X		
AUB'TOS.			X	
AUIACEICAIIEKTO COIOCI,\IJZACIÓN y OISTRIIUCI)H DE ALIEIIIOI.				X

rrcl
Escaneado con CamScanner

– ▪ Escaneado cu, 1 ⋎ ::',1l·i•-1:,,:°!!.i.r.,,:1€ho:nuu.com

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



Nº 18.435

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)				
05 DÍA	08 MES	2024 AÑO	Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR	FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GIL BOSIGA CLARA INES	FEMENINO	52 AÑOS 8 MESES 17DÍAS	Tipo: ce	Número: 52107266

Cargo: OPERARIO DE COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

APTO | PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NOAPLICA

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

OPTOMETRIA	v"	FROTIS FARINGEO- GARGANTA	.../
COPROLOGICO	v"	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	../'
KOH UÑAS	,/"'	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL: CITA OPTOMETRIA	SVE CARDIOVASCULAR	HABITOS SALUDABLES
REALIZAR CORRECCION VISUAL VISION PROXIMA		
VALORACIÓN POR EPS. CONTROL MEDICO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. USEPP	CONTROL DE PESO
PROGRAMA CRONICO, NUTRICION. GINECOLOGIA. OPTOMETRIA		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SANA, PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS.

EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS 4 VECES A LA SEMANA INCLUIR ESTIRAMIENTOS MUSCULARES.
RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR

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 legislad in, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma:
Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E		Nombre: GIL BOSIGA CLARA INES

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

◆&Rm1e101◆0laE11N1u11e1 1laEI1u1M&Nm1

FOTO

NOMBRE:
_ML21◆ t◆L◆ ti◆tA
DOCUMENTO:
LIO.:X,?J. O◆O
MUNICIPIO:
FUSAGASUGA

VENCE:
D M A
(E]00[◆
Q0311

MG. LUZ ANGELA PABON PARDO
DSAAL-CMA-019-05-18 - SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Powereo by 11) CamScon

LUZ ANGELA PABÓN PARDO

INGENIERA DE ALIMENTOS - UNIVERSIDAD DE LA SALLE
DSAAL-CMA-019-05-18-SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

DECRETO 1500 DE 2007
DECRETO 1880 DE 2011
DECRETO 162 DE 2021 (DECRETO 1686 DE 2012)
RESOLUCION 604 DE 1993

◆RM!!.OLOGfA BÁSICA
LOS NJ'''ENTOS, CLASIFICACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN
lNOCU·DAD ALIMENTARIA
D ◆ M'°51CIÓN Y CONTAMINACIÓN (CONTAMINACIÓN CRUZADA)
LOS t!!CROORGANISMOS Y MICROBIOLOGÍA DEL AUMENTO
IN!IP...IEDADES TRANSMffiDAS POR LOS AUMENTOS (ETA.•)
MJD(¡l:.¡ PltACTICAS D• MANUFACTURA (BPM)
CONDIOONES HIGIÉfiCO SANITARIAS (lNSTALACIÓN, EQUI◆S, UTENSILIOS, ÁREAS DE ELABORACIÓN)
MANIPULACIÓN DE AUMENTOS (ACTIVIDADES OBLIGATORIAS DURANTE EL PROCESO)
MANIPULADORESDI!AUMENTOS
NORMATIVIDADVIGENTE
REaPCIóN,ALMACaNAMIl!NTOYTRANSPORTE
PUNTOS CRfncos DE CONTROLY RIESGOS
PLANI!S DI! SANEAMIENTO BÁSICO
REQUISITOS PARASECTORES ESPEcfFICOS: BEBIDAS ALCOHÓLICAS, VENTAS EN LA VIA PUBLICA, TRANSPORTE Y COMERCIALIZACIÓN DE RNES Y DEIHYAOOS, COMER CIALIZACIÓN DE LECHE CRUDA PARA CONSUMO HUMANO.

Fecha de Expedición:_____

LUZ ANGELA PABÓN PARDO
ASISTENTE

Calle 21 No 9 - 06 Barrio Balmoral Celular: 3132565399 Fusagasugá (Cundinamarca)

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.364

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

31 05 2024
DÍA MES AÑO

FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)
Cudad

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR
Nombre de la empresa

FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR
Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo óe Documen10de 16end1CKoón ce. Cedula óe Clu<ladania, CE. Cedulade Extraqería, TI. Tatjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MEJIA CUPITRA MARIA IDALY
Apellidos y Nombres

Genero	Edad		Documento de Identificación
FEMENINO	44 AÑOS 9 MESES 28DÍAS	ce Tipo	40363350 Número

Cargo
OPERARIA DE COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

APTO | PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NOAPLICA

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

OPTOMETRÍA	,/	FROTIS FARINGEO- GARGANTA	./
COPROLOGICO	Y'	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	./
KOH UÑAS	./'	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABíTOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL ANUAL OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EJERCICIO CAROIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR.

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 propósjto 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 ver idicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación lligente, 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 remrtan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ido *y* comprendido perfectamente lo anterior *y* que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

Nombre: MEJIA CUPITRA MARIA IDALY



R.M.: 0698-03 L.S.O.: 2462-15 Código de Seguridad S1053Y1E:17364 ce: 40363350

Software para el sector salud - www.[illegible].com.co

LUZ ANGELA PABON PARDO

INGENIERA DE AUMENTOS..IJNISAILE

MTNO.llA l'f\OPC:SIOML l52541075M OD

po, l:, Sectttarl! de lud de e
Olrec.ClQfl ee ,a,ucs P(¡;jica

Iste amet lo acredita como Manipulador de AlmaltuS

valaO ltlt2 la:s b'JU>!lGades O)O'li>ftfntes de)al.Id - rWd Ndlr\o1

RK04uc:ldn 2674 de 20O¡ lllesoluctdft 504 4-1''.J
Decreto 1500 de 2007 De(reto 1110 de JOll
D!Mfeto tG.1 lle 2021 (oeae-to 1616 *de* 2012)

VÁuco ÜNI'''MftlI!! (O¡j SftLO5i!C0VM'ólA NJI'(WIN)\
Cod 2.1 tto. §>..06 e.ti. 313 6 S3 99
f\t.5ogasugA • Cundlnarn.wca

CERfFICADO DE MANIPULACIÓN D AUMEMTOS

SRC:

..c0DJ 11\\ PAiOJtlA CQ.Qp
DOCUJ'ICHTO
1-069· :SU. oss
o"-!!fllCPK>



T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11 A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



N° 17.989

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)				
11 DÍA	07 MES	2024 AÑO	Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR	FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CRUZ CHALA SULEINY PATRICIA	FEMENINO	28 AÑOS 7 MESES 8 DIAS	Tipo: CE	Número: 1069754055

Cargo: OPERARIO DE COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR EN EL CARGO.

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | 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:

OPTOMETRÍA	·¿"	FROTIS FARINGEO- GARGANTA	.../
COPROLOGICO	../"	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	,,/'
KOHUÑAS	·¿"	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS: CITA NUTRICION	OTROS: SE SUGIERE DESPARASITAR	HABITOS SALUDABLES HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SANA, PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS.
EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS 4 VECES A LA SEMANA INCLUIR ESTIRAMIENTOS MUSCULARES.
RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR.

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

Médico

Firma:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

R.M.: 0698-03 L.S.O.: 2462-15

Código de Seguridad

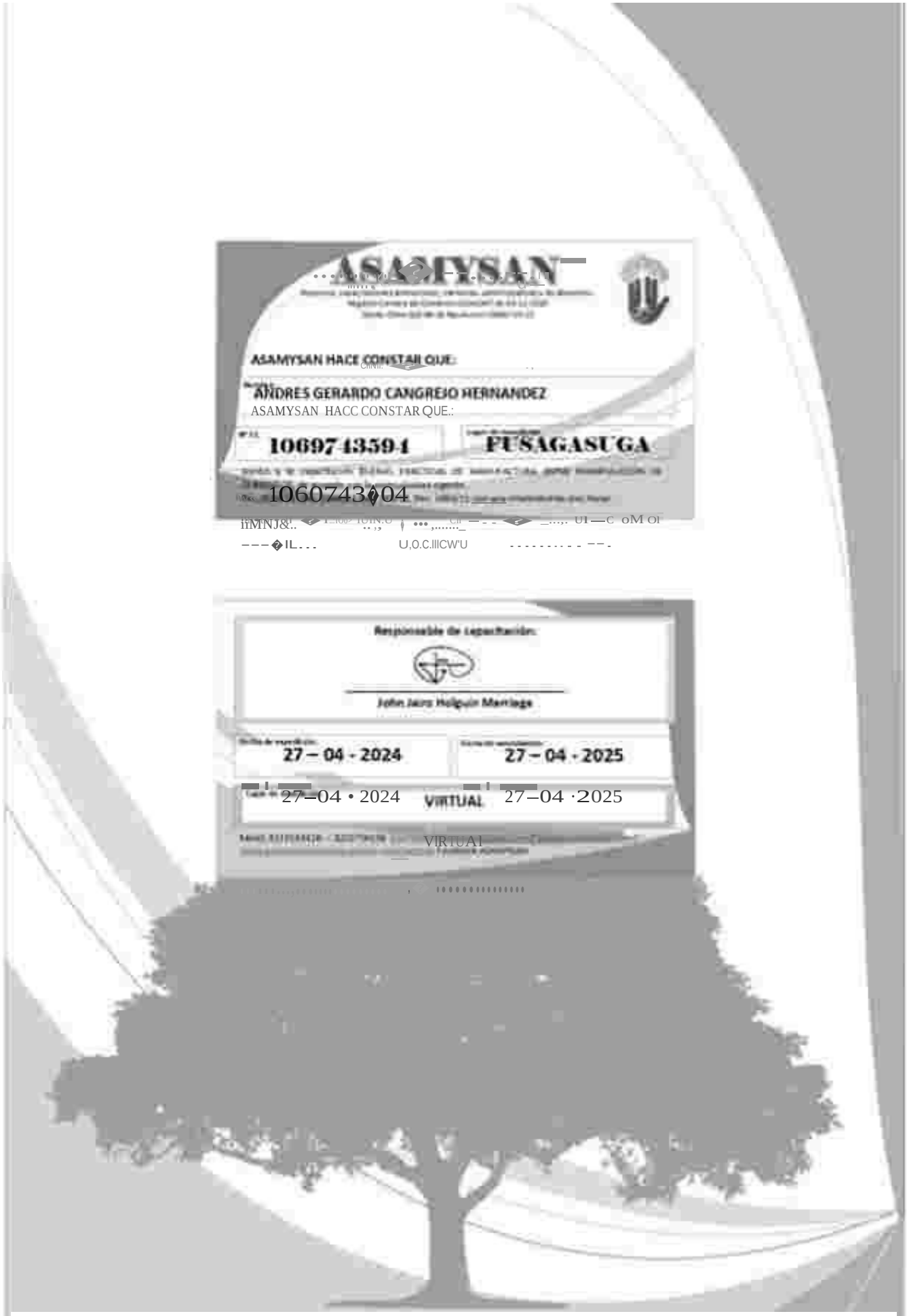
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CRUZ CHALA SULEINY PATRICIA

ce: 1069754055

R1O53X1D17989


ASAMYSAN
ASAMYSAN HACE CONSTAR QUE:
ANDRES GERARDO CANGREJO HERNANDEZ
ASAMYSAN HACC CONSTAR QUE.:
10697 43594
PUSAGASUGA
1060743604
Responsable de capacitación:
John Jairo Holguin Manjaga
27 – 04 - 2024
27 – 04 - 2025
27–04 • 2024
VIRTUAL
27–04 ·2025
VIRTUAL

Centro Médico INTEGRAL Salud Ocupacional

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

PERIODICO

FECHA: 15 DE FEBRERO DE 2024
NOMBRE: CANGREJO HERNANDEZ ANDRES GERARDO
CC: 1.069.743.594 DE FUSAGASUGA EDAD: 30 AÑOS
CARGO/OFICIO: TECNICO EN GASTRONOMIA
EMPRESA: HOGAR NAZARETH CHINAUTA

EXAMEN FISICO ENFASIS EN VIAS RESPIRATORIAS, PIEL Y UÑAS:
SISTEMA RESPIRATORIO SIN PATOLOGIAS, VIAS VENTILADAS
SISTEMA TEGUMENTARIO: PIEL SIN DERMATOS NI LESIONES; SIN HONGOS

CONCEPTO:
APTO CON PATOLOGIAS QUE NO INTERFIEREN EN SUS LABORES
SISTEMA OSTEOMUSCULAR CON ALTERACION
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

LABORATORIOS:
FROTIS FARINGEO: FLORA MIXTA NORMAL
KOH (FROTIS UÑAS): NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS FUNGICAS
COPROLOGICO: NEGATIVO PARA PARASITOS INTESTINALES
PARACUNICOS:
VISIOMETRIA: VISION NORMAL BILATERAL

RECOMENDACIONES:
VALORACION E.V SU EPS POR NUTRICION Y FISIATRIA.
DIETA SANA Y EJERCICIO.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS.
BUENA HIGIENE PERSONAL, LAVADO DE MANOS FRECUENTE. CEPILLADO UÑAS.
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: GUANTES, UNIFORMES, GORROS, TAPABOCAS, ZAPATOS COMODOS.
EVITAR POSTURAS INADECUADAS, SEGUIR NORMAS SG-SST DE LA EMPRESA, CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.

Especialista Salud Ocupacional
Reg. Nal. 14683 de Oct 12 2011
MEDICO Espetialista Salud Ocupacional

TRABAJADOR
CC:

CERTIFICAMOS: La Resolución 2346 de Julio 11 de 2007 Art 4 y Art 16, resolución 1918 de 2009, disponen la custodia de las Historias Clínicas a las IPS que originan el documento; por consiguiente, por normas legales vigentes, la IPS Centro Médico Integral SAS, garantiza la custodia de las Historias Clínicas Ocupacionales de los exámenes realizados por ella. Institución.