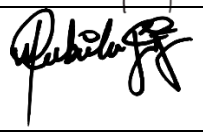
COMPONENTE NUTRICIÓN Y SALUBRIDAD

COMUNIDAD DE CUIDADO: Hogar Nazareth Chinauta
CONVENIO O CONTRATO: 8144-2024
FECHA: 31/12/ 2024

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

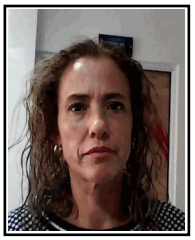
NOMBRE DEL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	CARGO	BPM FECHA DE EXPEDICIÓN	CURSADO EN	FECHA DE VENCIMIENTO	CERTIFICADO APTITUD MEDICA FECHA DE EXPEIDICION	REALIZADO POR EL MEDICO	FECHA DE VENCIMIENTO
Adriana Quintero Monsalve	Manipulador de alimentos	26/12/2024	Luz Angela Pabon	26/12/2025	21/12/2025	Sandra Esperanza Vargas	21/12/2026
Lisbeth Nayibe Molina	Manipulador de Alimentos	07/05/2024	Servicios Integrales en salud Publica. SAS.	07/05/2025	04/10/2024	Sandra Vargas Arcila	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

Nidia Herrera	Manipulador de Alimentos	2509/2024	Medsalud	25/09/2025	17/12/2024	Sandra Vargas Arcila	17/12/2025
Mari Emilce Muñoz	Manipulador de alimentos	30/05/2024	Universidad de la Salle	30/05/2025	15/02/2024	Julio C. Ortiz Bueno	15/02/2025
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	31/12/2024	Deisy Fonseca	Nutricionista	
Revisó y Aprobó	31/12/2024	Rubiela Giraldo	Coordinadora	

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° 21.505

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	12 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	
QUINTERO MONSALVE ADRIANA	FEMENINO	50 AÑOS 0 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	39624879 (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	NO APLICA

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

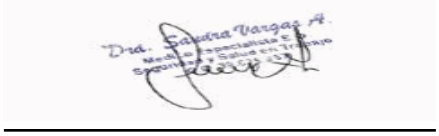
OPTOMETRÍA	✓	FROTIS FARINGEO- GARGANTA	✓
COPROLOGICO	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
KOH UÑAS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CITA OPTOMETRIA SE SUGIERE CORRECCION VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	OTROS : SEGUIMIENTO DE SU CORRECCION VISUAL	

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		Aspirante o Trabajador
Firma: 		**Firma:** 
Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA ESPERANZA		**Nombre:** QUINTERO MONSALVE ADRIANA
R. M.: 0698-03 **L.S.O.:** 2462-15	**Código de Seguridad** T1053Z1F21505	**CC:** 39624879

CERTIFICADO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

FOTO

NOMBRE: ADRIANA QUINTERO M.

DOCUMENTO: 39.624.879

MUNICIPIO: FUSAGASUGA

VENCE:

D	M	A
26	12	25

21651

ING. LUZ ANGELA PABON BARDO

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

Escaneado con CamScanner

LUZ ANGELA PABON PARDO

INGENIERA DE ALIMENTOS-UNISALLE

MATRICULA PROFESIONAL 25254107583 CND

Autorizada por la Secretaría de Salud de Cundinamarca,
Dirección de Salud Pública

Este carnet lo acredita como Manipulador de Alimentos

Válido ante las autoridades competentes de salud a nivel nacional

Resolución 2674 de 2013 / Resolución 604 de 1993
Decreto 1500 de 2007 / Decreto 1880 de 2011
Decreto 162 de 2021 (Decreto 1686 de 2012)

VÁLIDO ÚNICAMENTE CON SELLO SECO Y FIRMA AUTORIZADA

Calle 21 No. 9-06 Cel. 313 256 53 99

Fusagasugá - Cundinamarca

Escaneado con CamScanner

SERVICIOS INTEGRALE
EN SALUD PUBLICA S.A.S.

LISBETH NAYIBE

MOLINA-VELANDIA

Identificación.

1.073.670.475

VENCE: Ola: .MJ Mes OCT 2025

COD.100104

GBINft

011c:N Pmdpll: *Cia.* 8 No. 6-35 F\Q Local 118
Ca. 304 595 1651 • 311 563 5210, IO!laIrrJlll.com

Quien Participo y LI eap.;1tación Dt llanipullción Y Prollcción
Dt Allmantol POR • OI, IRIIWD 11 MORAi Alo I.EC11VO

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA S.A.S

HABILITADO POR LA SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

Fusagasugé, octubre 01 de 2024

Sellor
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Ciudad

CERTIFICACION
ACTIVIDAD: MANIPULADOR DE ALIMENTOS

{normatlvidad vigente resolución 2674/2013)
Relaciono el personal asislenle, año en curso:

100104	USBETH. NAYIBE MOLINA VEIANDIA	1.073.670.475

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

(41	(BI	(21	(10)

CRONOGRAMA

TEMAS CAPACITACION	MODULO 1	MODULO 2	IIOOUIO 3	T IIOOULO 4
MmlffOI 1 PUft, 08.	X			
		X		
			1	

en, 1. N. WI CC. CI!NT — — 1. -. 111. Fcm a .. e
Eoffllll ffllbPte 1 El,.,PII y C9fiir

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA S.A.S

Módulo 1: 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: Vlas De Contaminación De los Alimentos.

2.1 Aspectos generales de contaminación (flslca. qulmica *y* blológica)

2.2 Peligros químicos, Flslcos *y* biológicos

2.3 Enfermedades trasmitidas par alimentos ETA'S.

2.4 Higiene Alimentaria (BPM)

2.5 Pnk:tlcas lnsltu 30 minutos según actividad o tecnologla

2.8 Valoraci6n módulo II.

Módulo III: Reglas Hlgiénlcaa para la manlpulaclón de alimentos

3.1 Microorganismos.

3.2 Requisitos de loe manlpuledorea de alimentos

3.3 Higiene personal y conductual

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

3.S 5 claves para la lnocuidad de loe alimentos (OMS)

3.1 Práctica lnallu 30 minutos según actividad

3.7 Valoracl6n módulo III

Módulo IV: Almacenamiento, Comerclallzaclón y Distribución de Alimentos.

4.1 Compra y recepción de materias primas.

4.2 Almacenamiento de alimentos.

4.3 M61odo de conNM1Ción de alimentos

4.4 Empaque y rotulado

4.5 Transporte y comercialización de alimentos.

Practicas lnsltu 30 minutos según actividad

4.8 ValoraciOn módulo IV

4.7 Evaluación final y grado de adaptabilidad Por tecnologla puntaje obtenido

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA S.A.S

Teníendo en cuenta et articulo 12 de la resolución 2674 de 2013, nuestra empresa SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD PUBLICA 8.A.S, cumple con el plan de capacitacl6n continuo y pennanente para el pe1$onal manipulad« de allmentos Dicho plan comprende las 10 horas anuales y s«én reforzadas con inlormación escrita adicional y digital.

Contamos con personal profesional ldóneo con formación y experiencia especifica en et área de higiene de los alimentos. Buenas précticas de manufactura (BPM) ' HACCP

ASI DAIIIOS CUMP\.MENTO 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



Ing, Ana Elena Carrello Cantor
Auditor In18mo HACCP Y BPM

Cra 5 N. 6-55 CC. CENTROFUSA Local 118. Fusagasugá- Cundinamarca.
Cel. 3046951651//WHATSAPP 3046951651
E-mail: [illegible]

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

Nayibe Molino V

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 DIAZ 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.

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

Centro Médico INTEGRAL
Salud Ocupacional

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

PERIODICO

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

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

CONCEPTO:
APTO CON RESTRICCION 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 PARASITOS INTESTINALES
PARACUNICOS:
VISIOMETRIA: PRESBICIA SEVERA SIN CORRECCION
PIROMETRIA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES

RECOMENDACIONES:
VALORACION DE INMEDIATO EN SU EPS POR OPTOMETRIA. OFTALMOLOGIA, ORTOPEDIA. NUTRICION Y ENDOCRINOLOGIA.
DIETA SANA Y EJERCICIO.
USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTICA EN SUS LABORES.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS.
SE SUGIERE CAMBIO DE CALZADO DOTACIONAL – CALZADO ORTOPEDICO O ERGONOMICO.
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 GESTION SST DE LA EMPRESA CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.

ROTURA ES

Es>t.Hahsu 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: La resolución 2346 de julio 11 de 2.007 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 la Institución.

CRA 27 4-48 TEL 7043861 • 6478165 • CEL: 3108844981 – 3012483011 • 3195974774
e-mail: centromedicoricaurte@gmail.com • centromedicointegralsas@gmail.com • recepción@centromedicoricaurte.com

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

Bogotá D.C.

LUZ ANGELA PABÓN PARDO

INGENIERA DE ALIMENTOS - UNIVERSIDAD DE LA SALLE

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

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

CERTIFICA QUE:

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

As1.ttlóa la capllclt•c.lón •n HI ◆ y M#tlplit<lón d• Alhn•ntos con urwl ff'ltefl.Mo»d de 10 Hot•.t, d• acuiotdo a ltl norm11tfvl ◆ v's,fflt• y'''S.e ◆ ff t,ata,on lo.l tlguletnlfft•Mü:

t. TCRMIHOlOCfA DÁSICA
1. LOS AUMENTOS, CLASIFICACIÓN Y COM1,tCIAUZACtÓH
S, INOCUIOAO A1lMINTAftlA
... DfSCOMPO$1CIÓH Y COHTAMIH.ACIÓH (CONTAMINACIÓN CRUZADA)
S. IOSMICROORGANISMOSY MICltOOl!UCK.OGIA OI!LALIMENTO
6. eH,1..MEDADI!S TRANSMffl0A.$ POR L0$ ALIMCNTOS {ITA. s)
7. IUEHAS PRACTICAS DE MANUFACT\.IRA{IPM)
1. CONDICIONES HIGIiNICO $AHITAJHAS (1KSTALACIÓN, EQUIPOS, UTEN$1UOS.ÁREA$ DE ELABORACIÓN)
9, MANIPULACIÓN DE AUMENTO$ (ACTIVIDADES OBLIGATORIAS DURANTE E1 PROC-ESO)
IO,MANIPULAOORE$ OEAUMEHTOS
Tl. NORMATIVIDAO VIGENTE
t2. RECEPCIÓN, ALMACENAMIEHTO YTRANS:PORTI:
U.PUNTOS CRiTICOS DE CONTROL YRIUGO$
W. PLANES DE SANEAMIENTO 8ÁSKO

DECRETO 1500 DE 2007
DECRETO 1337 DE 2017
DECRETO 162 DE 2021 (DECRETO 1880 DE 2012)
RESOLUCION 604 DE 1993

1$. REQUISITOS PARA SECTORES ESPECiFICOS: IIEBIDA$ AI.COHÓUCAS. VENTAS EN LA VÍA PUWCA. TRANSPORTI!Yt ;)"4ac'1A11%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 Cel/Tel: 315 256 53 99 Fusagasugá (Cundinamarca)

NP ARDO

eeR11F.1e10o)oe|MMI1Ru||A'e1óN!DE|A||IMENtd.sD

1Aül2.A ':/11'\ED:I .l!iE,lu.!ll\L

.\F23§.45 1.6.8L

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

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 16.348

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN
FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

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

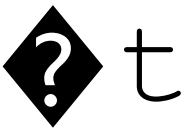
Aspirante o Trabajador

Firma:



[!]

Firma:



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

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

Nombre: BERNAL GALEANO LAURA YINETH

R.M.: 0698-03 L.S.O.: 2462-15 Código de Seguridad ce: 1233491156

W1053C1111RAR

CERTIFICADO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

FOTO

NOMBRE: HEIDY RAMOS

DOC: 1.(XB. [illegible]

MUNICIPIO: FUSAGASUGA

VENCE: D M A 06 05 25

2035

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: 1.069.310.493

Asistió a la capecitación en Higiene y Manipulación de Alimentos con una intensidad de 10 Horas, dictada los días 10 y 11 de Noviembre de 2021 y 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 DE LOS ALIMENTOS
6. INFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ALIMENTOS (HA'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. PLAN DE SANEAMIENTO BASICO
15. REQUISITOS PARA SECTORES ESPECIFICOS: BEBIDAS ALCOHÓLICAS, VENTAS EN LA VIA PUBLICA. TRANSPORTE Y COMERCIALIZACIÓN DE ALIMENTOS CARNICOS Y DERIVADOS, CONGELACIÓN Y ELECTROCUCIÓN PARA CONSUMO HUMANO.

Fecha de Expedición: Oío ir·H·O

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

11 07 2024
DÍA MES AÑO

FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)
Cudad

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

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 (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 15 DÍAS	ce	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
COPROLOGICO
KOH UÑAS
FROTIS FARINGEO- GARGANTA
EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS: CITA MEDICO GENERAL CITA NUTRICION	USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	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

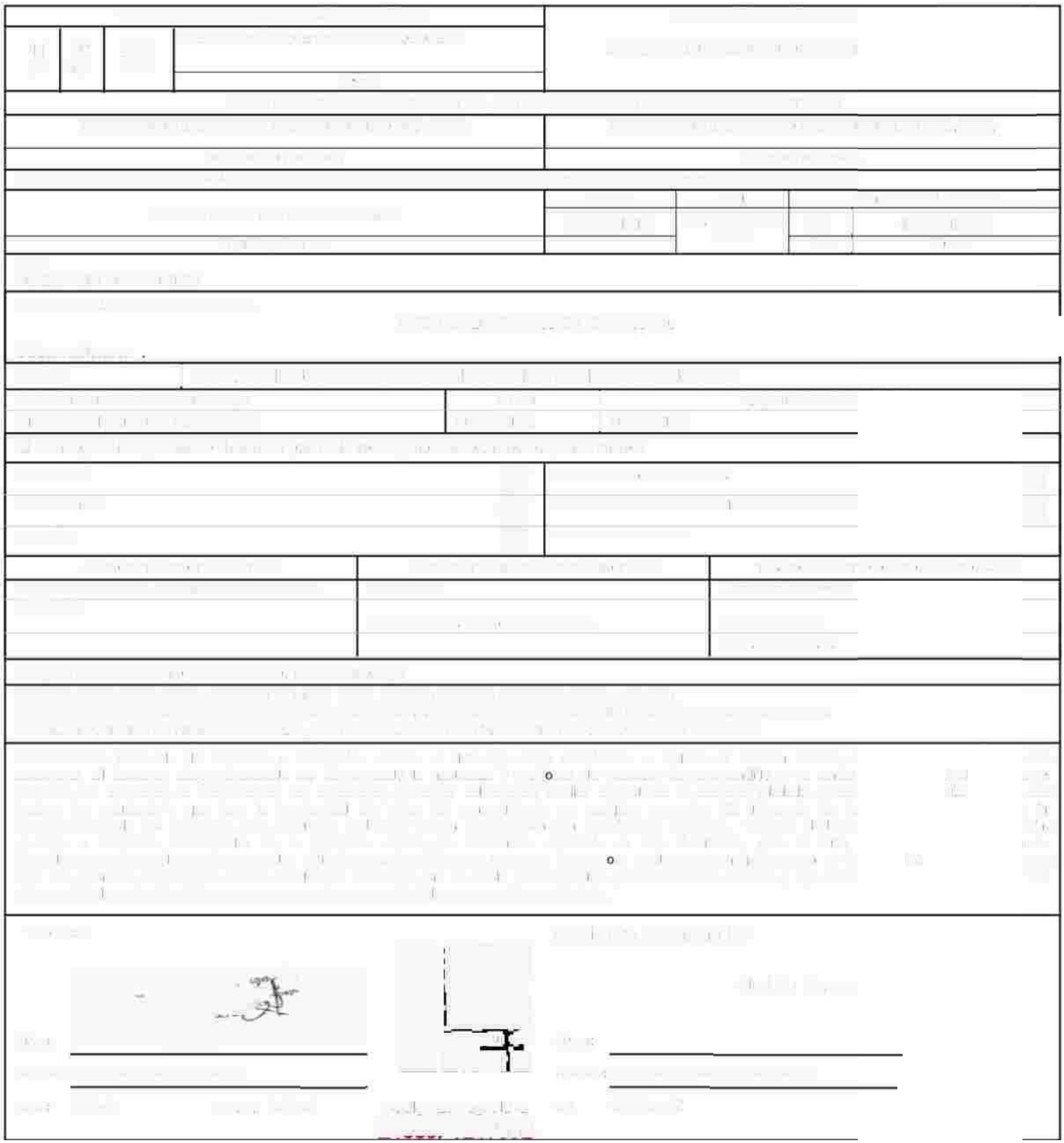
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el 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

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

21 n:u::1 L17992

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 Iecti•is (teorl.)	H. Pnlct:Cas	Total de Horas
(4)	(8)	(2)	(10)

CRONOGRAMA

TEMAS CAPACITACION	MODULO 1	MODULO 2	MODULO 3	MODULO 4
COIUPTOS BASICOS DE				
AaEfTOS Y POR DEL IWCFWDOlt	X			
W.S DE CCIIT.u.u.col DE LOSAUOTOS.		X		
RfCUS l«EIICAS rAAJ. U IIWIITLUCIOH DE 1O AUB'TOS.			X	
AUIACEICAIIEKTO COIOCI,\IJZACION y OISTRIIUCI)H DE ALIEIIIIOI.				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

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 18.435

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
FUSAGASUGA (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 Identficación ce. Cedula de Cooadania. CE. Cedula de Extranjeria TI. Tarjeta de Identidad. PT. Pasaporte)

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

Cargo
OPERARIO DE COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

APTO | PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
OPTOMETRÍA	V" FROTIS FARINGEO- GARGANTA	T ---------- .../

SIN RESTRICCIONES LABORALES — NO APLICA — NOAPLICA

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

COPROLOGICO	V"	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	../'
KOH UÑAS	,/"'	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL: CITA OPTOMETRIA REALIZAR CORRECCION VISUAL VISION PROXIMA	SVE CARDIOVASCULAR	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS: CONTROL MEDICO PROGRAMA CRONICO, NUTRICION, GINECOLOGIA.	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL: USEPP	CONTROL DE PESO 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 legislad in, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EP- 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

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GIL BOSIGA CLARA INES

Impreso el 05/08/2024 a las 07:20 p.m.

agi

R1O53X1D17989

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° 21.433

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	12 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	
HERRERA ROJAS NIDIA	FEMENINO	50 AÑOS 3 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	39626063 (Número)

Cargo
OPERARIA DE COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (CUMPLE CON CRITERIOS MEDICOS PARA 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	✓
KOH UÑAS	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VISION PROXIMA	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CITA OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE

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 ESPERANZA

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

Código de Seguridad
N1053T1Z21433

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: HERRERA ROJAS NIDIA

CC: 39626063

Centro Médico
TNTEGRAL
Salud Ocupacional

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

PERIODICO

FECHA: 15 DE FEBRERO DE 2024
NOMBRE: MUÑOZ GIL MARI EMILSE
CC: 52.172.054 DE BOGOTÁ EDAD: 50 AÑOS
CARGO/OFICIO OPERARIA DE COCINA
EMPRESA: HOGAR NAZARETH CHINAUTA

EXAMEN FISICO ENFASIS EN VIAS RESPIRATORIAS, PIEL Y UÑAS:
SISTEMA RESPI TORIO SIN PATOLOGIAS, VIAS VENTILADAS
SISTEMA TEGUMENTARIO: PIEL SIN DERMATITIS 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 I: ÑAS): NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS FUNGICAS
COPROLOGICO: NEGATIVO PARA PARASITOS INTESTINALES
PARACLINICOS:
VISIOMETRIA: **PRESBICIA SEVERA PARCIALMENTE CORREGIDA**
ESPIROMETRIA: **DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES**

RECOMENDACIONES:
VALORACION fN SU EPS POR NUTRICION Y OPTOMETRIA PARA CAMBIO DE FORMULA OPTICA.
CONTINUAR SI:GUIMIENTO EN SU EPS POR ORTOPEDIA, FISIATRIA Y REUMATOLOGIA.
DIETA SANA Y EJERCICIO.
USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTICA EN SUS LABORES.
REALIZAR PAuSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS.
BUENA HIGIENE PERSONAL. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, CEPILLADO UÑAS.
EVITAR POSTURAS INAD
US DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: GUANTES UNIFORMES GORROS TAPABOCAS ZAPATOS COMODOS.
ECUADA5 SEGUIR NORMAS SG-SST DE LA EMPRESA CONTROL OCUPACIONAL ANUAL.

Dr. Julio C. Ortiz Bueno
Especialista Salud Ocupacional
Licencia # 14683 de Dic. 12/2016
ff la Salud Ocupacional.
14683 de O,c 12i20Tf.
MEDICO Especialista Salud Ocupacional

TRAB ! OB-+J'!/-?
CC: [..

CERTIFICAMOS: a resolución 2346 de Julio 11 de 2.007 Art 4 y Art 16, re ión 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 Integra/ SAS, garantiza la custodia de las Historias Clínicas Ocupacionales de los exámenes realizados por la Institución.

CRA 27 4-48 TEL 7043861 - 6478165 - CEL: 3108844981— 3012483011 - 3195974774
e-mail: a!ntromedlcoricaurte@gmail.com - centromedicolntegralsas@gmail.com - recepción@centromedicoricaurte.com
licencia Salud Ocupacional res Nº 6730 de 23-05-2018
Bogotá 0.e.

LUZ ANGELA PABÓN PARDO

INGENIERA DE ALIMENTOS - UNIVERSIDAD DE LA SALLE

ESALUD-CRA 010-05-18 SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

CERTIFICA QUE:

MARI EMILCE MUÑOZ

Documento No: 52.132.054

Asistió a la capacitación en Higiene y Manipulación de Alimentos con una intensidad de 10 Horas, de acuerdo a la normatividad vigente y en la cual se trataron los siguientes temas:

1. TERMINOLOGÍA BÁSICA
2. LOS ALIMENTOS, CONTAMINACIÓN Y CONSERVACIÓN
3. SEGURIDAD ALIMENTARIA
4. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA)
5. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
6. NORMATIVIDAD VIGENTE

DECRETO 1575 DE 2007

RESOLUCIÓN 2674 DE 2013

COMERCIALIZACIÓN

CIUDAD PARA

LUZ ANGELA PABÓN PARDO

ASISTENTE

CERTIFICADO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

FOTO

NOMBRE: MARI EMILCE MUÑOZ

DOCUMENTO: 52.132.054

MUNICIPIO: FUSAGASUGA

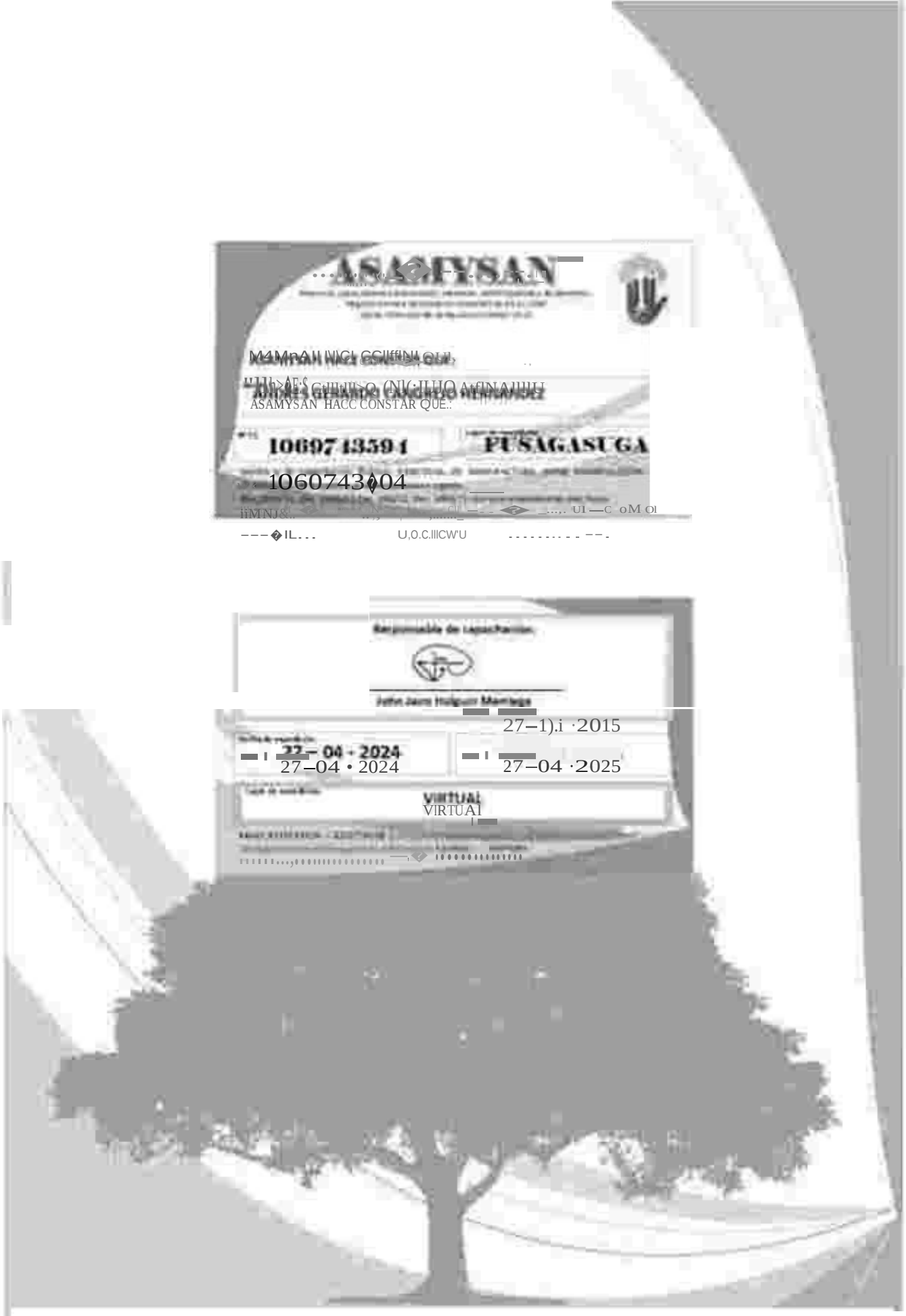
VENCE: 20 05 25

20904

FIRMA LUZ ANGELA PABÓN PARDO

ESALUD-CRA-010-05-18 SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

Powered by CamScanner


ASAMYSAN
ASAMYSAN HACC CONSTAR QUE:
1069743594
PUSAGASUGA
1060743604
27–1).i ·2015
22– 04 · 2024
27–04 • 2024
27–04 ·2025
VIRTUAL
VIRTUAI

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
PARACLINICOS:
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.

Médico Especialista Salud Ocupacional
Reg. Valle 14683 de Oct 12 2011

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 orisinan 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 la Institución.

CRA 27 4-48 TEL 7043861 • 6478165 • CEL: 3108844981 – 3012483011 - 3195974774
e-mail: centromedicoricaurte@gmail.com - centromedicointegralsas@gmail.com - recepción@centromedicoricaurte.com
Licencia Salud Ocupacional res Nº 6730 de 23-05-2018
Bogotá D.C.