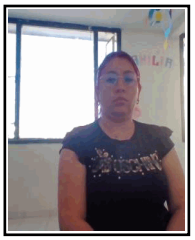
IPS SERMEDI
Salud y Bienestar a su alcance

IPS SERMEDI SERVICIOS MÉDICOS SAS
NIT: 901396095-7
Dirección: Calle 68 a Sur # 48D - 53
Cel: 310 287 6212- 300 656 4757
www.ipssermedi.com
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.862

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO, MANIPULADOR DE ALIMENTOS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CORPORACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL HUMANO CORDI	ORPORACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL HUMANO CORD

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	
MORA MARIA ISABEL	FEMENINO	32 AÑOS 2 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1018421941 (Número)

Cargo
MANIPULAODRA DE ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

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:

COLORACION DE GRAM (CUALQUIER MUESTRA)	✓	CERTIFICADO DE MANIPULACIÓN	✓
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS KOH	✓	CURSO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS - PUBLICO	✓
SEROLOGIA VDRL	✓	CONSULTA LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
ESPECIALISTA : OPTOMETRIA	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : HIPOSODICA, HIPOGRASA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Dr. Oscar Jair Ospina
RM 011825 Ministerio de Salud
RM 17223 Secretaria Distrital de Salud
Resolución 17200 Salud Ocupacional SDS

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR

Aspirante o Trabajador

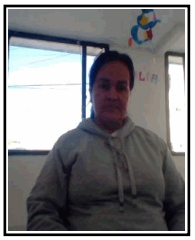
Firma: María Mora

Nombre: MORA MARIA ISABEL

R. M.:	17223	L.S.O.:	11200	Código de Seguridad	CC:	1018421941
				W1255C1I13862		

IPS SERMEDI
Salud y Bienestar a su alcance

IPS SERMEDI SERVICIOS MÉDICOS SAS
NIT: 901396095-7
Dirección: Calle 68 a Sur # 48D - 53
Cel: 310 287 6212- 300 656 4757
www.ipssermedi.com
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.859

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO, MANIPULADOR DE ALIMENTOS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CORPORACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL HUMANO CORDI	ORPORACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL HUMANO CORD

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	
GALICIA RAYNOSO MARTHA CECILIA	FEMENINO	52 AÑOS 6 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	28688220 (Número)

Cargo
MANIPULADORA DE ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

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:

COLORACION DE GRAM (CUALQUIER MUESTRA)	✓	CERTIFICADO DE MANIPULACIÓN	✓
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS KOH	✓	CURSO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS - PUBLICO	✓
SEROLOGIA VDRL	✓	CONSULTA LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : MEDIANO CALIBRE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
GAFAS DE SEGURIDAD FORMULADAS : OCASIONAL	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
ESPECIALISTA : MASTOLOGIA	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA : HIPOSODICA, HIPOGRASA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Dr. Oscar Jair Ospina
RM 011825 Ministerio de Salud
RM 17223 Secretaria Distrital de Salud
Resolución 17200 Salud Ocupacional SDS

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR

Aspirante o Trabajador

Firma: Martha Galicio

Nombre: GALICIA RAYNOSO MARTHA CECILIA

R. M.:	17223	L.S.O.:	11200	Código de Seguridad	CC:	28688220
				F1255L1R13859		

IPS SERMEDI
Salud y Bienestar a su alcance

IPS SERMEDI SERVICIOS MÉDICOS SAS
NIT: 901396095-7
Dirección: Calle 68 a Sur # 48D - 53
Cel: 310 287 6212- 300 656 4757
www.ipssermedi.com
Bogotá



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.861

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO, MANIPULADOR DE ALIMENTOS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CORPORACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL HUMANO CORDI	ORPORACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL HUMANO CORD

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	
GUILLEN PATIÑO YOLADIS	FEMENINO	54 AÑOS 3 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	57407932 (Número)

Cargo
MANIPULACION DE ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

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:

COLORACION DE GRAM (CUALQUIER MUESTRA)	✓	CERTIFICADO DE MANIPULACIÓN	✓
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS KOH	✓	CURSO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS - PUBLICO	✓
SEROLOGIA VDRL	✓	CONSULTA LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : BAJO CALIBRE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
ESPECIALISTA : MEDICINA GENERAL, OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Dr. Oscar Jair Ospina
RM 011825 Ministerio de Salud
RM 17223 Secretaria Distrital de Salud
Resolución 17200 Salud Ocupacional SDS

Firma:

Nombre: OSPINA ORTIZ JAIR

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GUILLEN PATIÑO YOLADIS

R. M.:	17223	L.S.O.:	11200	Código de Seguridad	CC:	57407932
				J1255P1V13861		