EXAMENES MEDICOS MANIPULADOR DE ALIMENTOS		
	CARGO	EXAMENES MEDICOS APTO MANIPULACION
Diana Yasmin Bolaños	Manipulador de alimentos	14/05/2025
Yisneys Vega Jaramillo	Manipulador de alimentos	8/01/2025
katherine Angelica Riveros	Manipulador de alimentos	4/08/2025
Maria del Carmen Moreno	Manipulador de alimentos	4/08/2025
Claudia Marcela Bonilla Ocampo	Nutricionista Dietista	13/02/2025

Claudia Marcela Bonilla
Profesional en Nutrición
CCT Antonia santos



LABORATORIO CLÍNICO

Calle 76 Sur No. 14 - 40 • Tel. 7620035
Barrio Santa Librada • Bogotá, D.C.

Dra. Luz Stella Benito Cifuentes
Bacterióloga
U. Javeriana - Reg. 51.811.587

Paciente: DYANA YAZMIN BOLAÑOS **Edad:** 40 AÑOS
Documento : 52.917.312 **Fecha:** MAYO 14/2025
Teléfono:

FROTIS DE GARGANTA:

FLORA OROFARINGEA MIXTA NORMAL

PMN OCASIONALES

FROTIS DE UÑAS (KOH):

NEGATIVO PARA ELEMENTOS FUNGICOS

COPROLOGICO:
COLOR: PARDO
CONSISTENCIA: PASTOSA
EXAMEN MICROSCOPICO:
NO SE OBSERVAN PARASITOS INTESTINALES
MICROBIOTICA INTESTINAL NORMAL
HEMATIES: NO SE OBSERVAN
LEUCOCITOS NO SE OBSERVAN
FIBRAS: +

FIRMA

Dra. Luz Stella Benito Cifuentes
Bacterióloga U. Javeriana
Reg. 51.811.587

Luz Stella Benito Cifuentes
REG 51811587
NIT 51811587-7

Powered by CamScanner

CENTRO MEDICO CM

Calle 76 Sur No. 14 -40 • Tel.: 601 533 9447 • Barrio Santa Librada
Bogotá, D.C.

Fecha: MAYO 14 /2025 H.C. 52.917.312

Nombre: DYANA YAZMIN BOLAÑOS

R/.

SE EXPIDE CERTIFICADO MEDICO DE PACIENTE EN MENCION, QUIEN NO PRESENTA ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA EN FARINGE NI EN UÑAS, CONFIRMADO MEDIANTE EXAMENES PARACLINICOS NORMALES, POR LO TANTO SE CONSIDERA APTO(A) PARA MANIPULAR ALIMENTOS.

Dr. Ricardo Ibarra C.
MÉDICO CIRUJANO
U. JAVERIANA
REG. 19268409 S.S.B.

Favor presentar esta formula la próxima consulta

Powered by CamScanner

EDUCACIÓN.ALIMENTARIA.
EDUIN ANTONIO IBÁÑEZ
NIT 80747415 - 0

CERTIFICADO ASISTENCIA CURSO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Según lo establecido en la resolución 2674 de 2013 capítulo III artículo 12, 13 y 36, en la ciudad de Bogotá D.C. **VEGA JARAMILLO YISNEYS** con cedula de ciudadanía **1.067.903.224** asistió a la capacitación en higiene alimentaria y buenas prácticas de manipulación de alimentos los días 02 y 03 de enero del 2025 con una intensidad de diez (10) horas, de acuerdo con los reglamentos y la normatividad legal vigente se certifica y se da constancia de la partlcipación al curso en BPM y buenas prácticas de manipulación de alimentos, este documento tiene valides por un (1) año a partir de la fecha de expedición.

De acuerdo con lo anterior el presente certificado se expide a los 5 días del mes de ENERO del año 2025.

Atentamente,

Eduin Ibáñez
Ingeniero de Alimentos
Lic. Ciencias Naturales
T.P. 2912e2 2e0e8e CND

Eduin Antonio Ibáñez

Ingeniero de Alimentos.
Diplomado en Sistema de Gestión de la Inocuidad y del Ambiente para el Sector Alimentario.
Licenciado en Ciencias Naturales y Educación Ambiental.
Email *educacion.alimentaria.01@gmail.com*

CERTIFICADO – 000913-1067903224

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLÍNICO

Calle 76 Sur No. 14 - 40 • Tel ; (601) 5338447 Celular. 3245504362
Barrio Santa Librada • Bogotá, D.C

Dra. Luz Stella Benito Cifuentes
Bacterióloga
U. Javeriana - Reg. 51.811.587

Nombre: MARIA DEL CARMEN MORENO BERMUDEZ **Edad:** 61 AÑOS
Documento : 39.687.349 **Fecha:** AGOSTO 4/2025
Celular:

FROTIS DE GARGANTA:

FLORA OROFARINGEA MIXTA NORMAL

PMN: OCASIONALES

FROTIS DE UÑAS: (KOH)

NEGATIVO PARA ELEMENTOS FUNGICOS

FIRMA

Dra. Luz Stella Benito Cifuentes
Bacterióloga U. Javeriana
Reg. 51.811.587

LUZ STELLA BENITO CIFUENTES
NIT 51.811.587-7

CENTRO MEDICO CM

Calle 76 Sur No. 14 -40 • Tel.: 601 533 9447 • Barrio Santa Librada
Bogotá, D.C.

Fecha: AGOSTO 4/2025 H.C. 39.687.349

Nombre: MARIA DEL CARMEN MORENO BERMUDEZ

R/.

SE EXPIDE CERTIFICADO MEDICO DE PACIENTE EN MENCION, QUIEN NO PRESENTA ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA EN FARINGE NI EN UÑAS, CONFIRMADO MEDIANTE EXAMENES PARACLINICOS NORMALES, POR LO TANTO SE CONSIDERA APTO(A) PARA MANIPULAR ALIMENTOS.

Dr. Ricardo Talero O.
MÉDICO CIRUJANO
U. JAVERIANA
REG. 19268409 S.S.S

Favor presentar esta formula la próxima consulta

CENTRO MEDICO CM

Calle 76 Sur No. 14 -40 • Tel.: 601 533 9447 • Barrio Santa Librada
Bogotá, D.C.

Fecha: AGOSTO 4/2025 H.C. 1.032.424.225

Nombre: KATHERINE ANGELICA RIVEROS GELVEZ

R/.

SE EXPIDE CERTIFICADO MEDICO DE PACIENTE EN MENCION, QUIEN NO PRESENTA ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA EN FARINGE NI EN UÑAS, CONFIRMADO MEDIANTE EXAMENES PARACLINICOS NORMALES, POR LO TANTO SE CONSIDERA APTO(A) PARA MANIPULAR ALIMENTOS.

Dr. Ricardo Latorre O.
MÉDICO CIRUJANO
U. JAVERIANA
REG. 1926840 S.S.B



LABORATORIO CLÍNICO

Calle 76 Sur No. 14 - 40 • Tel: 7620035
Barrio Santa Librada • Bogotá, D.C

Dra. Luz Stella Benito Cifuentes
Bacterióloga
U. Javeriana - Reg. 51.811.587

Paciente: KHATERINE ANGELICA RIVEROS GELVE **Edad:** 36 AÑOS
Documento : 1.032.424.225 **Fecha:** AGOSTO 4/2025
Teléfono:

FROTIS DE GARGANTA:

FLORA OROFARINGEA MIXTA NORMAL

PMN: OCASIONALES

FROTIS DE UÑAS (KOH):

NEGATIVO PARA ELEMENTOS FUNGICOS

COPROLOGICO:
COLOR: PARDO
CONSISTENCIA: PASTOSA
EXAMEN MICROSCOPICO:
NO SE OBSERVAN PARASITOS INTESTINALES
MICROBIOTICA INTESTINAL NORMAL
HEMATIES: NO SE OBSERVAN
LEUCOCITOS NO SE OBSERVAN
FIBRAS: +

FIRMA

Dra. Luz ... nto Cifuentes
... U. Javeriana
Reg. 51.811.587

Luz Stella Benito Cifuentes
REG 51811587
NIT 51811587-7

Fecha de recepción
13/02/2025

NIT 901528146-2

CERTIFICADO MEDICO SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIOS CLÍNICOS

Empresa:	PARTICULAR	**Fecha de Nacer.:**	21/06/1973
Nombre:	CLAUDIA MARCELA BONILLA	**Edad.:**	51
Documento:	C.C. 52171552	**Actividad Económica:**	
Estado Civil:	SOLTERO	**Género:**	FEMENINO
Dirección:	Cara 92 NO 8-18	**Municipio:**	BOGOTA, D.C.
Escolaridad:	PROFESIONAL	**Cargo:**	NUTRICIONISTA
Teléfono:	3147530265	**AFP:**	COLPENSIONES
EPS:	FAMISANAR	**ARL:**	ARP SURA

Nombre Acompañante **Parentesco:** **Tel:**

Tipo de Vinculación: Cotizante:☐ Beneficiario: ☐ Particular:☐

ESPECIALES

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
FROTIS DE UÑAS			
RESULTADO:	NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS MICOTICAS		
	Toma muestra: 13/02/2025 7:23:15 a.m.	Fecha validación: 13/02/2025 8:27:48a. m.	
FROTIS FARÍNGEO			
RESULTADO:	COCOS GRAM POSITIVOS		
	Toma muestra: 13/02/2025 7:23:15 a.m.	Fecha validación: 13/02/2025 8:27:48a. m.	

Observaciones:
REACCION LEUCOCITARIA ESCASA

CARNET MANIPULADOR DE ALIMENTOS			
RESULTADO:	True	CARNETMA	
	Toma muestra: 13/02/2025 7:23:15 a.m.	Fecha validación: 13/02/2025 8:27: 48a. m.	
COLOR			
RESULTADO:	CAFE	-	
	Toma muestra: 13/02/2025 7:23:15 a.m.	Fecha validación: 13/02/2025 8:27: 48a. m.	
CONSISTENCIA			
RESULTADO:	BLANDA	-	
	Toma muestra: 13/02/2025 7:23:15 a.m.	Fecha validación: 13/02/2025 8:27: 48a. m.	
MOCO			
RESULTADO:	NEGATIVO	-	
	Toma muestra: 13/02/2025 7:23:15 a.m.	Fecha validación: 13/02/2025 8:27: 48a. m.	
SANGRE			
RESULTADO:	NEGATIVO	-	
	Toma muestra: 13/02/2025 7:23:15 a.m.	Fecha validación: 13/02/2025 8:27: 48a. m.	
FLORA BACTERIANA			
RESULTADO:	NORMAL	-	
	Toma muestra: 13/02/2025 7:23:15 a.m.	Fecha validación: 13/02/2025 8:27: 48a. m.	
PARASITOS			
RESULTADO:	NEGATIVO	-	
	Toma muestra: 13/02/2025 7:23:15 a.m.	Fecha validación: 13/02/2025 8:27: 48a. m.	
LEVADURAS			
RESULTADO:	NEGATIVO	-	
	Toma muestra: 13/02/2025 7:23:15 a.m.	Fecha validación: 13/02/2025 8:27: 48a. m.	

Observaciones Generales:

ESPECIALES

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia

CONSENTIMIENTO INFORMADO**:** Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta prueba le ayudase a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.



CLAUDIA MARCELA BONILLA O
(52171552)



STHEFANY PALACIOS