ENTRENAMIENTO
NIT. 901.447.916-9

BOM ENTRENAMIENTO

CERTIFICA

Que el Sr. (a) ANA TERESA CORONEL ACEVEDO

Identificado (a) con CC *N°* 1.058.058.796 *de* Zetaquita BOYACA

asistió al curso de manipulación de alimentos.

Fecha de Exped: 03 de septiembre de 2024 41.125

Este carné es válido por un año.

Curso realizado virtualmente en MANIPULACIONALIMENTOS.COM

MSc. Juan Pablo Garzón Caballero

Coordinador.

Tel: 3507902989 e-mail: bomentrenamiento@gmail.com Web: bomentrenamiento.com

El portador de este carné se encuentra inscrito en el programa de capacitación continua en Manejo Higiénico de Alimentos con una intensidad de **10 HORAS**

NO tiene validez con alguna alteración o fotocopia. Para verificar su autenticidad comunicarse al Cel: 3507902989 – con la firma y sello **ORIGINAL.**

ENTRENAMIENTO 41.125 ENTRENAMIENTO

Resolución 2674 de 2013 Cap.3 – Art. 12, Ministerio de salud y protección social

BOM ENTRENAMIENTO

Cel: 3507902989 e-mail: bomentrenamiento@gmail.com Web: bomentrenamiento.com
Cel: 3504227733 Bogotá Calle 64B # 70D-17 manipulacionalimentos.com

ENTRENAMIENTO
NIT. 901.447.916-9

BOM ENTRENAMIENTO

CAPACITACIÓN EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

MODALIDAD VIRTUAL (PORTAL WEB: WWW.MANIPULACIONALIMENTOS.COM)

CERTIFICA

Que **ANA TERESA CORONEL ACEVEDO** con número de documento **1.058.058.796** de **Zetaquita BOYACA** RECIBIÓ capacitación en Manipulación de alimentos y Buenas prácticas de manufactura. Se encuentra inscrito en el programa de capacitación continua de 10 horas. Cumpliendo con la Resolución 2674 de 2013, artículos 12 y 13. Se expide a los **03 días del mes de septiembre de 2024** en la ciudad de Bogotá D.C. Esta capacitación tiene vigencia por un (1) año.

	MÓDULO I Contenido Genérico BPM	**MÓDULO II** Enfermedades Transmitidas por los Alimentos (ETAS) | Fuentes de contaminación	**MODULO III** Condiciones del establecimiento y del manipulador
FECHA	**03 de septiembre de 2024**	**03 de enero de 2025**	**03 de mayo de 2025**
HORAS	4 HORAS	3 HORAS	3 HORAS
TEMARIO	1. Introducción a la resolución 2674 de 2013. 2. Clasificación de los alimentos según vida útil. 3. Clasificación de los alimentos según función en el cuerpo. 4. Tipos de contaminantes. 5. Contaminación cruzada. 6. Cadena de frio. 7. Proceso de limpieza y desinfección. 8. Sistemas de almacenamiento. 9. Separación en la fuente	1. Cadena alimentaria. 2. Cinco (5) claves de la inocuidad. 3. ETAS. (alergia, Infección, Intoxicación) 4. Enfermedades más comunes. 5. Métodos para eliminar los microorganismos termo-resistentes. 6. Principales fuentes de Contaminación. 7. Errores en la manipulación de alimentos.	1. Condiciones del establecimiento donde se preparan los alimentos. 2. Condiciones del manipulador de alimentos. 3. Entes reguladores. 4. Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPC). 5. Practicas Higiénicas.

Curso realizado virtualmente EN MANIPULACIONALIMENTOS.COM

Ing. Juan Pablo Garzón Caballero
Matrícula profesional - 6050
Ingeniero Químico
BOM ENTRENAMIENTO

Meditac Salud IPS SAS
NIT. 901504245-1
Carrera 24 # 86 - 28
Cel. 317 522 4851 - Tel. 6016496259 - E-mail. meditacsalud@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19.085

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	08 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS EN MANIPULACION DE ALIMENTOS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA

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		Rh
CORONEL ACEVEDO ANA TERESA	FEMENINO	29 AÑOS 10 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo)	1058058796 (Número)	O +

Cargo
MANIPULADOR DE ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

APTO	CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA MANIPULAR ALIMENTOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	DESCRIPCIÓN
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	HONGOS EXAMEN DIRECTO KOH	✓
COPROLOGICO	✓	FROTIS FARINGEO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL Y MANEJO POR OFTALOMOGIA	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO REALIZAR ACTIVIDADES QUE REQUIERAN PRESICION VISUAL Y ADECUADO CAMPO VISUAL CON SU OJO DERECHO
SE RECOMIENDA CONTROL AUDITIVO UNA VEZ AL AÑO
SE RECOMIENDA CONTROL VISUAL UNA VEZ AL AÑO

sentimiento 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: MARTINEZ CASTRO OSCAR GONZALO

R. M.: 3639/88 L.S.O.: 15474/16

Código de Seguridad
Q1260W1C19085

Aspirante o Trabajador

Firma: Ana Teresa C.

Nombre: CORONEL ACEVEDO ANA TERESA

CC: 1058058796

CAMEDICA & MP DIAGNÓSTICOS S.A.S

CERTIFICADO DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a) DIANA PATRICIA BEYTAR

C.C 39428964
ASISTIÓ CUATRO HORAS DE CAPACITACIÓN EN HIGIÉNE Y MANEJO HIGIÉNICO DE ALIMENTOS, cumpliendo así uno de los requisitos exigidos en la resolución 2674/2013

FECHA EX: 05/03/2025
VENCE: **04/03/2026**

Alvaro Hernandez
Capacitador

Email: diagnosticosmp@hotmail.com
CEL.3117261447 DIR. CRA 28 No 52f 33 SUR TEL 2707873
ESTE DOCUMENTO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

UNIMOS SALUD SAS
NIT: 900615719-1
11001

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 39428964-115384

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	05 mar 2025 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	DIANA PATRICIA BEYTAR	**Identificación:**	39428964
Género	FEMENINO **Edad:** 41	**Teléfono**	3125585360 **Móvil:**
Fecha Nacimiento:	21/01/1984	**Cargo:**	AUXILIAR DE COCINA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CLLE 104F NO 128C 74	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA	**AREA: No Reporta**	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE USO DE BLOQUEADOR SOLAR PARA ACTIVIDADES EN QUE EXISTA EXPOSICION A LUZ SOLAR CONTROL MEDICO RUTINA EPS MANTENER PESO SALUDABLE DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS DIETA BAJA EN GRASAS
COPROLOGICO	NORMAL
FROTIS FARINGEO	NORMAL,
KOH DE UÑAS MANOS	NORMAL
ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR MEDICO	SIN ALTERACION
CARNET DE MANIPULACION DE ALIMENTOS	

CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES .
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS -

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

Acepto las anteriores valoraciones médicas y paraclínicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera. No he ocultado ninguna información útil e importante para establecer con certeza mi estado de salud. Autorizo a UNIMOS SALUD a enviar este certificado a la empresa que lo solicito y hago constar que fui tratado ética y profesionalmente por todo el personal que me atendió en la instancia médica. Comprendo con claridad los conceptos y procedimientos efectuados. Expreso mi conformidad con su contenido y entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria y puedo desistir de dicha realización en cualquier momento. Fui informado de la custodia y confidencialidad del manejo de la historia clínica (Resolución 2346 del 2007 art 16) y de la política de tratamiento de mis datos personales (ley estatutaria 1581 del 2012).

Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res.11294 C.C. 79.687.876

Médico Especialista en Salud Laboral
DIDIER RINCON CASTRO
11294/2017 79687876

Firma y cédula del Paciente
DIANA PATRICIA BEYTAR
39428964

CAMEDICA & MP DIAGNÓSTICOS S.A.S

CERTIFICADO DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

El señor (a) ELDA MARLEN GUALTEROS VANEGAS

C.C. No 20.678.886

ASISTIÓ A CUATRO HORAS DE CAPACITACIÓN EN HIGIÉNE Y MANEJO HIGIÉNICO DE ALIMENTOS, cumpliendo así uno de los requisitos exigidos en la resolución 2674/2013

FECHA EXP: 19/07/2024
VENCE: **18/07/2025**

Alvaro Hernandez
Capacitador

Email: diagnosticosmp@hotmail.com
CEL.3117261447 DIR. CRA 28 No 52f 33 SUR TEL 2707873
ESTE DOCUMENTO ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

IPS ALESO SAS
GRUPO EMPRESARIAL

No. Identificación 900658333-7
Dirección: CALLE 63 No. 11-45 CONS 303 - 402
Telefono: 6014661243601309941
Email: gerencia@alesoips.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	BOGOTA D.C. - 2024/07/31	Nro Ingreso:	20240722020170
Paciente:	EIDA MARLEN GUALTEROS VANEGAS	CC:	20678886
Edad:	54 años	Nombre Cliente:	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Cargo:	OPERARIO	Convenio:	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA
Orígen:	0	Destino:	0
Fecha Salida:	2024-07-23 16:47:03	Fecha Atención:	2024-07-22 15:32:38
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN MANIPULADOR DE ALIMENTOS:	APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS CON RECOMENDACIONES
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL POR OPTOMETRIA Y MEDICINA GENERAL EN EPS, USO DE CORRECCION OPTICA VISION PROXIMA, CONTROL PESO CORPORAL POR NUTRICION, ALTERNAR POSTURAS BIPEDESTACION DURANTE LA JORNADA LABORAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS CON DURACION DE 5 MINUTOS , INCLUIR PVE VISUAL NY OSTEOMUSCULAR
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	ALTERADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

NINGUNA

Tipo Limitación: ninguna

Observación: VALORACION MEDICINA LABORAL ANUAL, CONTROL POR OPTOMETRIA Y MEDICINA GENERAL EN EPS, USO DE CORRECCION OPTICA VISION PROXIMA, CONTROL PESO CORPORAL POR NUTRICION, ALTERNAR POSTURAS BIPEDESTACION DURANTE LA JORNADA LABORAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS CON DURACION DE 5 MINUTOS , INCLUIR PVE VISUAL NY OSTEOMUSCULAR

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS GRUPO EMPRESARIAL ALESO SAS.

DRA. MARINA HERRERA BENITEZ
MEDICINA DEL TRABAJO
Eida Gualteros

MARTHA CECILIA GONZÁLEZ M.

Nombre del Capacitador

Martha Cecilia González M

Ingeniera Industrial de Alimentos

Matricula Profesional # 25229085577CND

Carnet Certificación en buenas
Practicas de manufactura
Según plan de capacitación de 03 horas

Este Carnet es personal e intransferible

Carnet Certificación en buenas
Practicas de manufactura



Nombre

Andrea del Pilar Sabogal

C.C

53165800

Fecha de expedición

27 / 01 / 2025

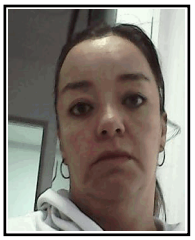
Valido hasta

27 / 01 / 2026

SIO SALUD INTEGRAL SAS

Nit: 901.545.738-4

Dirección: Cra 49B No 91-91 Barrio la castellana
Correo electrónico: siosaludintegral@gmail.com
Telefono: 3123530163 - 6016755655



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.578

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	01 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., 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 PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA	FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NINEZ ABANDONADA

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	
SABOGAL HOLGUIN ANDREA DEL PILAR	FEMENINO	39 AÑOS 11 MESES 22 DÍAS	Tipo: CC	Número: 53165800

Cargo
AUXILIAR DE COCINA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES MEDICAS

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:

EVALUACION OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR PREINGRESO	✓	COPROLOGICO	✓
KOH DE UÑAS	✓	CERTIFICADO DE MANIPULACION DE ALIMENTOS	✓
FROTIS DE GARGANTA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : COMPRESION BAJA	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION		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

Firma:

Nombre: CHAMARRAVI NIEVES JOSE FEDERICO

R. M.: 1084/2002 **L.S.O.:** 4052 DE 12-04-2017

Código de Seguridad
F1142L1R10578

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SABOGAL HOLGUIN ANDREA DEL PILAR

CC: 53165800