COMUNIDAD DE CUIDADO: HOGAR CLARITA SANTOS
CONVENIO O CONTRATO: 8137 DEL 2024
FECHA: 31/08/2024

Cuadro con información de los manipuladores de alimentos del servicio de alimentación del Hogar Clarita Santos.

NOMBRE	CARGO/ROL	FECHA EXPEDICIÓN	REALIZADO EN	FECHA VENCIMIENTO	CERTIFICADO MÉDICO	REALIZADO POR	FECHA VENCIMIENTO
Julio Aldemar Estupiñán.	Gastrónomo	10/05/2024	SENA	9/05/2025	1/04/2024	Salud laboral y empresarial	30/03/2025
Olga Luisa Rúa.	Manipuladora de alimentos	10/05/2024	SENA	9/05/2025	03/09/2024	Salud laboral y empresarial	02/09/2025
Nancy Fernández	Manipuladora de alimentos	10/05/2024	SENA	9/05/2025	17/07/2024	Salud laboral y empresarial	16/07/2025
Olga Patricia Guzmán.	Manipuladora de alimentos	10/05/2024	SENA	9/05/2025	03/09/2024	Salud laboral y empresarial	02/09/2025
Carmenza Palacios.	Manipuladora de alimentos	10/05/2024	SENA	9/05/2025	23/01/2024	Salud laboral y empresarial	12/01/2025

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JULIO ALDEMAR ESTUPIÑAN FORERO

Con Cédula de Ciudadanía No. 3146416

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Cajica. a los diez (10) dias del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON
Subdirector (E)
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

97045677 - 10/05/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9513002941888CC3146416C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OLGA LUISA RUA DE LA CRUZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 22545318

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Cajica. a los diez (10) dias del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON
Subdirector (E)
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

97045507 - 10/05/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9513002941867CC22545318C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NANCY MIREYA FERNANDEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 52735407

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Cajica. a los diez (10) dias del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON
Subdirector (E)
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

97045672 - 10/05/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9513002941888CC52735407C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OLGA PATRICIA GUZMAN CARRILLO

Con Cédula de Ciudadanía No. 35416880

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Cajica. a los diez (10) dias del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON
Subdirector (E)
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

97045640 - 10/05/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9513002941867CC35416880C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CARMENZA PALACIOS AREVALO

Con Cédula de Ciudadanía No. 35250662

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Cajica. a los diez (10) dias del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON
Subdirector (E)
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

97045667 - 10/05/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9513002941888CC35250662C.

Certificados de médicos:

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES



SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6

Consecutivo: 3146416 - 43386

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	1/04/2024 - CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO		
Paciente:	JULIO ALDEMAR ESTUPIÑAN FORERO	**Identificación:**	3146416		
Género	MASCULINO **Edad:** 44	**Teléfono**		**Móvil:**	3132529897
Fecha Nacimiento:	1/04/1980	**Cargo:**	CHEFF		
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR		
Dirección	CALLE 4 N 0-13 BARRIO LA ESTACION	**ARL:**	SURA		
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	COLFONDOS		
Empresa	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE -				

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES

Las evaluaciones médicas ocupacionales hacen parte del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que desarrolla el empleador como parte de la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.
Por este motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:

REMISIONES

NO

RECOMENDACIONES GENERALES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. HIGIENE POSTURAL. CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS. HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR. VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA

OBSERVACIONES

NOTA: : Se solicita al trabajador presentar constancia ante el empleador del seguimiento realizado ante la entidad de salud correspondiente para el cumplimiento de las anteriores recomendaciones médicas laborales, en cumplimiento a la Resolución 0312 de Febrero/2019.

CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE -

Manuel Alfredo Ayala M. Médico Cirujano R.M. 252224/15 UR Especialista en Salud Ocupacional Licencia N°. 9143

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ 1051/09 252224
Médico Especialista en Salud Laboral

Fima encargado SG - SST

Fima recibido trabajador

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LSO 25-3246 de 2016

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 22545318-38888

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	11 ago. 2023 - CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	OLGA LUISA RUA DE LA CRUZ	**Identificación:**	22545318
Género	FEMENINO **Edad:** 55	**Teléfono**	**Móvil:** 3123760045
Fecha Nacimiento:	10/03/1968	**Cargo:**	COCINERO (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CR 4 4 41 CENTRO	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL
Empresa	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE -	**Área: OPERATIVA**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
FROTIS FARINGEO	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACIÓN: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISIÓN PRÓXIMA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

"CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las pruebs 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. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que 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 mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro 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 expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y otras pruebas complementarias que sean necesarias 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 corresponda. 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."

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral 10510/09 252224

OLGA LUISA RUA DE LA CRUZ 22545318
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817807-6
LMV 01-2020 de 2019

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 0273S407-36560

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23 jul. 2023 - CARCA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	NANCY MIREYA FERNANDEZ	**Identificación:**	0273S407
Género	FEMENINO **Edad:** 46	**Teléfono**	**Móvil:** 3007710364
Fecha Nacimiento:	8/06/1960	**Cargo:**	AUXILIAR DE COCINA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CRA 2 A # 5 22 BARANDILLAS	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	BACHILLER	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE -	**Área: OPERATIVA**	

EXÁMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
EXAMEN SOMETO PARA HOMBRE (ESH)	NORMAL
PRUEBA PARANGON	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
AMEDO OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO.
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyD)

NO

Información de Remisiones

NO

"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 seguridad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le serán realizadas. En la fecha, como mejor estado de salud, identificado como aparece al lado de mi firma he leído detenidamente, entendido en plena uso de mis facultades mentales, entendido sus preguntas de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido bajo la información suficiente la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS, Para realizarme la valoración clínica y paraclínicas solicitadas por mi empleador y entidad remitente, tales como: examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría, examen de sangre y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y tendrán acceso 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 corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y conocer todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes."







DUBER MAURICIO AGUDO MORALES
Médico Especialista en Salud Laboral 2640/R 251108-8

NANCY MIREYA FERNANDEZ 0273S407
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-8
LSO 25-3248 de 2016

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35416880-38891

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	11 ago. 2023 - CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	OLGA PATRICIA GUZMAN CARRILLO	**Identificación:**	35416880
Género	FEMENINO **Edad:** 49	**Teléfono**	**Móvil:** 3133174129
Fecha Nacimiento:	30/04/1974	**Cargo:**	COCINERO (A)
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CR 1 OESTE 10 93	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE	**Área: OPERATIVA**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL. CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS. HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR. VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
FROTIS DE SANGRE PERIFERICA	SE REALIZO
COPROLOGICO	NORMAL
FROTIS FARINGEO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS
EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACIÓN: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISIÓN PRÓXIMA

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

"CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba 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. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que 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 mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro 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 expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias 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 corresponda. 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."

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral 1053809 252224

OLGA PATRICIA GUZMAN CARRILLO 35416880
Firma y cédula del Paciente

SALUD
LABORAL Y EMPRESARIAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LSO 25-3248 de 2018

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35250662-42026

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23 ene. 2024 - CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	CARMENZA PALACIOS AREVALO	**Identificación:**	35250662
Género	FEMENINO **Edad:** 43	**Teléfono**	**Móvil:** 3123706009
Fecha Nacimiento:	14/04/1980	**Cargo:**	AUXILIAR DE COCINA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CARRERA 2 # 1 CAPELLANIA	**ARL:**	LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE	**Área: OPERATIVA**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR. VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
FROTIS FARINGEO	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIÓDICO CON ALTERACIONES
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACIÓN: NO HALAR, LEVANTAR EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 10 KG. USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

MÉDICINA GENERAL EPS	SD DE COLON IRRITABLE, DORSALGIA A ESTUDIO -

'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. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que 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 mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro 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 expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias 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 corresponda. 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.'

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral 10510/09 252224

CARMENZA PALACIOS AREVALO 35250662
Firma y cédula del Paciente

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Yamile Andrea Viana Osorio	Nutricionista	Hogar Clarita Santos	
Sor María Gilma Castro Castro	Coordinadora	Hogar Clarita Santos	
Julio Aldemar Estupiñán Forero	Gastrónomo	Hogar Clarita Santos	