CERTIFICACIÓN APTITUD MANEJO DE ALIMENTOS

NOMBRE	FECHA CERTIFICACIÓN	FECHA VENCIMIENTO CERTIFICACIÓN
Olga Luisa Rúa de la Cruz	30/07/2021	29/07/2022

DIAGNOSTICO POR IMAGENES
Asimdi Ltda



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO

Fecha de Expedición : 30/07/2021 *Numero :* 32009
El suscrito médico certifica que la señora : **OLGA LUISA RUA DE LA CRUZ**
Identificado con : CC 22545318 *Telefono* 3123760045
Fecha de Nacimiento : 10/03/1968 *Edad :* 53 años
Quien desempeña el cargo de : AUXILIAR DE COCINA
Fue evaluado(a) en consulta médica el dia : 30/07/2021
Examen Médico : PERIODICO
Empresa : HOGAR CLARITA - CASA LA ESPERANZA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

- [x] 1. Apto sin restricción
- [ ] 2. Apto para trabajo en alturas sin restricción
- [x] 3. Apto para manipular alimentos
- [ ] 4. Apto con restricciones
- [ ] 5. Aplazado

CERTIFICADO GENERADO CON BASE EN

- [x] Examen Medico Ocupacional
- [ ] Anexo Alturas
- [x] Anexo Osteomuscular
- [ ] Audiometria
- [ ] Optometria
- [ ] Espirometria
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipidico
- [x] Otros MANIPULACION DE ALIMENTOS

RECOMENDACIONES

ACTIVIDAD FISICA REGULAR MINIMO 1 HORA AL DIA TRES VECES POR SEMANA, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIALMENTE PROTECCION RESPIRATORIA, GUANTES, LAVADO DE MANOS MINIMO CADA 2 HORAS, CABELLO RECOGIDO Y USAR COFIA O GORRO. MANTENER DISTANCIA CON COMPAÑEROS DE TRABAJO MINIMO 2 METROS. SEGUIR EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA.
DEBE INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR, POR EL TIPO DE TRABAJO. USO DE MEDIAS DE COMPRESION INTERMEDIA. SEGUIR EL PROTOCOLO Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA PARA COVID 19.

Consentimiento Informado

Previo análisis de mis antecedentes, datos de mi historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenaron exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulto y/o me fabrica de los tratamientos o procedimientos que considero idóneo para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de estos.

También entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, en que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante, puedo presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, en que esto significaría perdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Rosalba Papagayo Leiva

ROSALBA PAPAGAYO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA Y C.C. PACIENTE

Av. Pradilla No. 8 - 115 Este, Chia
TELEFONOS: 8621120 - 8618014 - 8617963 CEL: 3144704867 - 310 5854601 E-mail: asimdi@aol.es

CERTIFICACIÓN APTITUD MANEJO DE ALIMENTOS

NOMBRE	FECHA CARNÉ MANIPULACIÓN	FECHA VENCIMIENTO CARNÉ DE MANIPULACIÓN
Clara Inés Sandoval Muñoz	05/10/2021	04/10/2022



DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
Asimdi Ltda

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO

Fecha de Expedición : 05/10/2021 *Numero :* 32644
El suscrito médico certifica que la señora : **CLARA INES SANDOVAL MUÑOZ**
Identificado con : CC 20423827 *Telefono :*3115794188
Fecha de Nacimiento : 12/12/1969 *Edad :* 51 años
Quien desempeña el cargo de : AUXILIAR DE COCINA
Fue evaluado(a) en consulta médica el dia : 05/10/2021
Examen Médico : PERIODICO
Empresa : HOGAR CLARITA SANTOS- CASA LA ESPERANZA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

- [x] 1. Apto sin restricción
- [ ] 2. Apto para trabajo en alturas sin restricción
- [x] 3. Apto para manipular alimentos
- [ ] 4. Apto con restricciones
- [ ] 5. Aplazado

CERTIFICADO GENERADO CON BASE EN

- [x] Examen Medico Ocupacional
- [ ] Anexo Alturas
- [x] Anexo Osteomuscular
- [ ] Audiometria
- [ ] Optometria
- [ ] Espirometria
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipidico
- [x] Otros MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

RECOMENDACIONES
ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS MAXIMO DE 5 KG, EVITAR ACTIVIDADES POR ENCIMA D
HOMBRO. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIALMENTE PROTECCION RESPIRATORIA, GUANTES, LAVAD
MANOS MINIMO CADA 2 HORAS, CABELLO RECOGIDO Y USAR COFIA O GORRO. MANTENER DISTANCIA CON COMPAÑEROS DE T
MINIMO 2 METROS. SEGUIR EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA.
DEBE INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR, POR EL TIPO DE TRABAJO.
CONTINUAR CONTROLES EPS, PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA DE BASE.

Consentimiento informado
Previo análisis de mis antecedentes, datos de mia historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenara exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulta y
hablara de los tratamientos o procedimientos que considere idóneo para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de estos.

También entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en la selección de los tratamien
que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervencion
sugeridas por mi medico tratante, puede presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique perdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

DRA. DIANA CAROLINA TENJO
Medicos Especialistas en Salud Ocupacional
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES - ASIMDI LTDA.

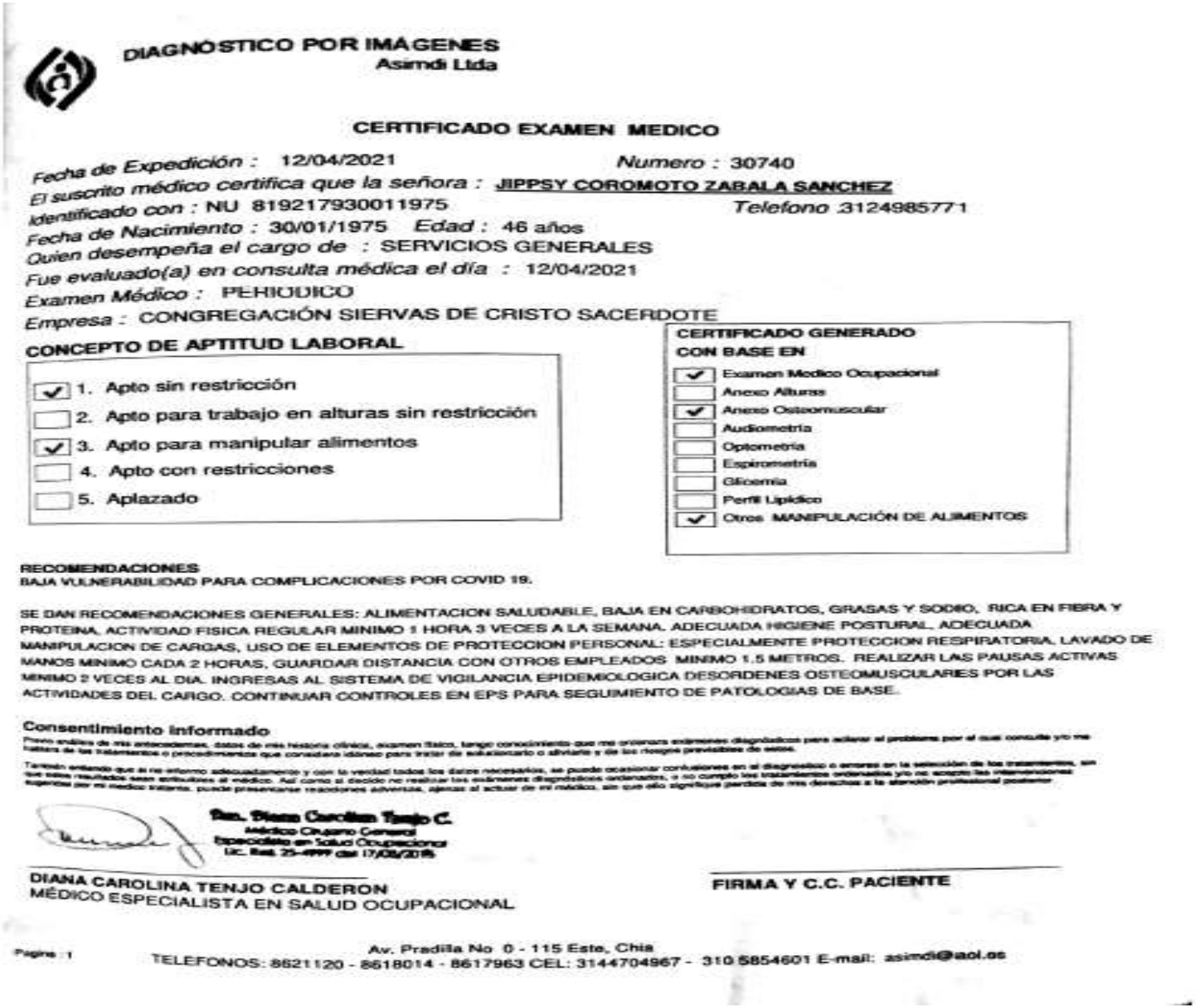
DIANA CAROLINA TENJO CALDERON
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA Y C.C. PACIENTE

Av. Pradilla No 0 - 115 Este, Chia
Pagina : 1 TELEFONOS: 8621120 - 8618014 - 8617963 CEL: 3144704967 - 310 5854601 E-mail: asimdi@aol.es

CERTIFICACIÓN APTITUD MANEJO DE ALIMENTOS

NOMBRE	FECHA CARNÉ MANIPULACIÓN	FECHA VENCIMIENTO CARNÉ DE MANIPULACIÓN
Jippsy Coromoto Zabala Sánchez	12/04/2021	11/04/2022



DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
Asimdi Ltda

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO

Fecha de Expedición : 12/04/2021 *Numero :* 30740
El suscrito médico certifica que la señora : **JIPPSY COROMOTO ZABALA SANCHEZ**
Identificado con : NU 819217930011975 *Telefono* 3124985771
Fecha de Nacimiento : 30/01/1975 *Edad :* 46 años
Quien desempeña el cargo de : SERVICIOS GENERALES
Fue evaluado(a) en consulta médica el día : 12/04/2021
Examen Médico : PERIODICO
Empresa : CONGREGACIÓN SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

- [x] 1. Apto sin restricción
- [ ] 2. Apto para trabajo en alturas sin restricción
- [x] 3. Apto para manipular alimentos
- [ ] 4. Apto con restricciones
- [ ] 5. Aplazado

CERTIFICADO GENERADO CON BASE EN

- [x] Examen Medico Ocupacional
- [ ] Anexo Alturas
- [x] Anexo Osteomuscular
- [ ] Audiometria
- [ ] Optometria
- [ ] Espirometria
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipidico
- [x] Otros MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

RECOMENDACIONES
BAJA VULNERABILIDAD PARA COMPLICACIONES POR COVID 19.

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES: ALIMENTACION SALUDABLE, BAJA EN CARBOHIDRATOS, GRASAS Y SODIO, RICA EN FIBRA Y PROTEINA, ACTIVIDAD FISICA REGULAR MINIMO 1 HORA 3 VECES A LA SEMANA. ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL: ESPECIALMENTE PROTECCION RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS MINIMO CADA 2 HORAS, GUARDAR DISTANCIA CON OTROS EMPLEADOS MINIMO 1.5 METROS. REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS MINIMO 2 VECES AL DIA. INGRESAS AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DESORDENES OSTEOMUSCULARES POR LAS ACTIVIDADES DEL CARGO. CONTINUAR CONTROLES EN EPS PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS DE BASE.

Consentimiento Informado

Previo análisis de mis antecedentes, datos de mis historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenara exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulte y/o me hallara de los tratamientos o procedimientos que considere idóneo para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de estos.

También entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en la selección de los tratamientos, así que estos resultados sean entregados al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi medico tratante, puede presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique perdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Dra. Diana Carolina Tenjo C.
Médico Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Lic. Rad. 25-4997 del 17/08/2015

DIANA CAROLINA TENJO CALDERON
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA Y C.C. PACIENTE

Pagina : 1

Av. Pradilla No 0 - 115 Este, Chia
TELEFONOS: 8621120 - 8618014 - 8617963 CEL: 3144704967 - 310 5854601 E-mail: asimdi@aol.os

CERTIFICACIÓN APTITUD MANEJO DE ALIMENTOS

NOMBRE	FECHA CARNÉ MANIPULACIÓN	FECHA VENCIMIENTO CARNÉ DE MANIPULACIÓN
Julio Aldemar Estupiñán Forero	13/02/2021	12/02/2022



DIAGNOSTICO POR IMAGENES
Asimdi Ltda

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO

Fecha de Expedición : 13/02/2021 *Numero :* 30017
El suscrito médico certifica que el señor : JULIO ALDEMAR ESTUPIÑAN FORERO
Identificado con : CC 3146416 *Telefono :*3132529897
Fecha de Nacimiento : 01/04/1980 *Edad :* 40 años
Quien desempeña el cargo de : GASTRONOMO
Fue evaluado(a) en consulta médica el día : 13/02/2021
Examen Médico : PERIODICO
Empresa : HOGAR CLARITA SANTOS- CASA LA ESPERANZA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

- [ ] 1. Apto sin restricción
- [ ] 2. Apto para trabajo en alturas sin restricción
- [x] 3. Apto para manipular alimentos
- [ ] 4. Apto con restricciones
- [ ] 5. Aplazado

CERTIFICADO GENERADO CON BASE EN

- [x] Examen Medico Ocupacional
- [ ] Anexo Alturas
- [x] Anexo Osteomuscular
- [ ] Audiometria
- [ ] Optometria
- [ ] Espirometria
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipidico
- [x] Otros MANIPULACION DE LAIMENTOS

RECOMENDACIONES

ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIALMENTE PROTECCION RESPIRATORIA, GUANTES, LAVADO DE MANOS MINIMO CADA 2 HORAS,USAR COFIA O GORRO. MANTENER DISTANCIA CON COMPAÑEROS DE TRABAJO MINIMO 2 METROS. SEGUIR EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA PA COVID 19. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA. COLTROL MEDICINA EPS.

Consentimiento Informado

Previo análisis de mis antecedentes, datos de mi historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenara exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulto y/o me hablara de los tratamientos o procedimientos que considere idóneo para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de estos.

También entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusiones en el diagnostico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al medico. Así como al decidir no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplir los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi medico tratante, puede presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi medico, sin que ello signifique perdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Rosalba Papagayo Paibo

ROSALBA PAPAGAYO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA Y C.C. PACIENTE

Av. Pradilla No 0 - 115 Este, Chia
TELEFONOS: 8621120 - 8618014 - 8617963 CEL: 3144704967 - 310 5854601 E-mail: asimdi@aol.es

CERTIFICACIÓN APTITUD MANEJO DE ALIMENTOS

NOMBRE	FECHA CARNÉ MANIPULACIÓN	FECHA VENCIMIENTO CARNÉ DE MANIPULACIÓN
Daimely del Valle Pirela Rios	16/06/2021	15/06/2022



DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
Asimdi Ltda

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO

Fecha de Expedición : 16/06/2021 *Numero :* 31129
El suscrito médico certifica que la señora : **DAIMELY DEL VALLE PIRELA RIOS**
Identificado con : CE 23280660 *Telefono* :3173021316
Fecha de Nacimiento : 27/05/1995 *Edad :* 26 años
Quien desempeñará el cargo de AUXILIAR DE COCINA
Fue evaluado(a) en consulta médica el día : 16/06/2021
Examen Médico : INGRESO
Empresa : CONGREGACIÓN SIERVAS DE CRISTO- CASA LA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

- [x] 1. Apto sin restricción
- [ ] 2. Apto para trabajo en alturas sin restricción
- [x] 3. Apto para manipular alimentos
- [ ] 4. Apto con restricciones
- [ ] 5. Aplazado

CERTIFICADO GENERADO CON BASE EN

- [x] Examen Medico Ocupacional
- [ ] Anexo Alturas
- [x] Anexo Osteomuscular
- [ ] Audiometria
- [ ] Optometria
- [ ] Espirometria
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipidico
- [x] Otros MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

RECOMENDACIONES

BAJO RIESGO PARA COMPLICACIONES POR LA COVID 19. ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ESPECIALMENTE PROTECCION RESPIRATORIA, GUANTES, LAVADO DE MANOS MINIMO CADA 2 HORAS. CABELLO RECOGIDO Y USAR COFIA O GORRO. MANTENER DISTANCIA CON COMPAÑEROS DE TRABAJO MINIMO 2 METROS. SEGUIR EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA.

DEBE INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA OSTEOMUSCULAR POR EL TIPO DE TRABAJO. USO DE CORRECCION VISUAL TODO EL TIEMP. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA.

Consentimiento informado

Previo análisis de mis antecedentes, datos de mi historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenara exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulto ya me hablaron de los riesgos y procedimientos que consideré idóneo para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de estos.

También entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusiones en el diagnostico y errores en la selección de los tratamientos, así que estos resultados serán atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplir los tratamientos ordenados yo no acepto las intervenciones sugeridas por mi medico tratante, cuando presentare reacciones adversas, quejas al actuar de mi médico, sin que esto signifique perdida de mis derechos a la atención profesional pedidas.

Dra. Diana Carolina Tenjo C.
Médico Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
RM. Res. 25-4899 del 17/09/2015

DIANA CAROLINA TENJO CALDERON
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA Y C.C. PACIENTE