CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LSO 25-3248 de 2016

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 3146416-29119

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24 feb. 2022 - CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	JULIO ALDEMAR ESTUPIÑAN FORERO	**Identificación:**	3146416
Género	MASCULINO **Edad:** 41	**Teléfono**	**Móvil:** 3132529897
Fecha Nacimiento:	1/04/1980	**Cargo:**	CHEFF
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	DIAG 4 0 13	**ARL:**	LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE	**Área: No Reporta**	

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
COPROLOGICO	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
FROTIS FARINGEO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS
EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO

Observaciones:

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 M
Médico Cirujano
R.M. 25222/96
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia Nº. 9183 /2019

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

JULIO ALDEMAR ESTUPIÑAN FORERO 3146416
Firma y cédula del Paciente

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES
Asimdi Ltda



CERTIFICADO EXAMEN MEDICO

Fecha de Expedición : 04/01/2022 *Numero :* 33845

El suscrito médico certifica que la señora : **CARMENZA PALACIOS AREVALO**

Identificado con : CC 35250662 *Telefono :*3123706009-

Fecha de Nacimiento : 14/04/1980 *Edad :* 41 años

Quien desempeñará el cargo de SERVICIOS GENERALES

Fue evaluado(a) en consulta médica el día : 04/01/2022

Examen Médico : INGRESO

Empresa : SIERVAS DE CRISTO

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
- [ ] Audiometría
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipídico
- [x] Otros MANIPULACION DE ALIMENTOS

RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES: ESTILO DE VIDA SALUDABLE. ALIMENTACION BALANCEADA: EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS. ACTIVIDAD FISICA REGULAR: TRES VECES POR SEMANA. ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIONPERSONAL. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS 2 VECES AL DIA POR EL TIPO DE TRABAJO INGRESAR AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OSTEOMUSCULAR. PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE APTO PARA LABORAR. VALORACION MEDICNA EPS. SEGUIR EL PROTOCOLO Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA PARA COVID 19.

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 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 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.

Rosalba Papagayo Peiba

Dra. Rosalba Papagayo Peiba
Medico Cirujano General
Especialista en salud en el trabajo
Resolución 639 20/01/2014
C.M.J.N.C. RM. 25252800

ROSALBA PAPAGAYO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

C.C. Pte
35250662

FIRMA Y C.C. PACIENTE

Fe H 3563

Cosa la esperanza

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

Escaneado con CamScanner

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
- [ ] Audiometría
- [ ] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Glicemia
- [ ] Perfil Lipídico
- [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 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 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. Res. 25-4999 del 17/08/2015

DIANA CAROLINA TENJO CALDERON
MÉDICO 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

DIAGNÓSTICO 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 dia : 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 INGREAR 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 mis historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenara exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulte 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 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
Mc. Reg. 25-4999 del 17/08/2015

DIANA CAROLINA TENJO CALDERON
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Daimely Pirela
C.C. 1123914923 05 1995

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

DIAGNOSTICO POR IMÁGENES
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 día : 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 Lipídico
- [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 mis historia clínica, examen físico, tengo conocimiento que me ordenara exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulte 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 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.

Rosalba Papagayo Peribo

ROSALBA PAPAGAYO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Olga R...
22 545 318

FIRMA Y C.C. PACIENTE