NOMBRE	CARGO/ROL	FECHA DE CONCEPTO	FECHA DE VENCIMIENTO
Julio Aldemar Estupiñán Forero	Gastrónomo	24/02/2022	23/02/2023
Olga Luisa Rúa	Manipulador de alimentos	29/07/2022	28/07/2023
Ledys Cordero	Manipulador de alimentos	28/06/2022	27/06/2023
Jippsy Zabala	Manipulador de alimentos	20/04/2022	19/04/2023
Carmenza Palacios	Manipulador de alimentos	04/01/2022	03/01/2023

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 4763994-30240

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	20 abr. 2022 - CAJICA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	JIPPSY ZABALA JIMENEZ	**Identificación:**	4763994
Género	FEMENINO **Edad:** 47	**Teléfono**	**Móvil:** 3224372232
Fecha Nacimiento:	30/01/1975	**Cargo:**	AUXILIAR DE COCINA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	EL MISTERIO CALLE 9 N 2-32 E	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE -	**Área: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES CON MEDICINA GENERAL DE LA EPS., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.. HÁBITOS SALUDABLES. HIGIENE POSTURAL. PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. USO DE BLOQUEADOR SOLAR. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR
COPROLOGICO	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
FROTIS FARINGEO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO CON RECOMENDACIONES
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES CON MEDICINA GENERAL DE LA EPS. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA. USO DE CORRECION OPTICA PERMANENTE

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.'

Dra. Monica Florez
Médico Especialista
Salud Ocupacional
UD Distrital
R.No. 1150472012

Zabala J. Jippsy

MONICA ALEJANDRA FLOREZ HERNANDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral 1150472012 -

JIPPSY ZABALA JIMENEZ 4763994
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 22545318-32170

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29 jul. 2022 - CAJICA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	OLGA LUISA RUA DE LA CRUZ	**Identificación:**	22545318
Género	FEMENINO **Edad:** 54	**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	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	NO REPORTA
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 CON RECOMENDACIONES
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA, USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA PERMANENTES,

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 — VALORACON OPTOMETRIA-

'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 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: 900817407-6
LSO 25-3248 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 24246980-31434

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	28/06/2022 - CAJICA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	LEDYS CORDERO NIETO	**Identificación:**	24246980
Género	FEMENINO **Edad:** 47	**Teléfono**	**Móvil:** 3107269580
Fecha Nacimiento:	17/01/1975	**Cargo:**	COCINERO (A)
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	MEDIMAS
Dirección	CR 8A 7 20EL ROCIO	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
FROTIS FARINGEO	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS. CONTINUAR CO EL PROCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO.
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: USO DE MEDIAS DE COMPRESION INTERMEDIA / USO DE GAFAS PARA VISIÒN CERCANA

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

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

'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.'



DIANA CAROLINA TENJO CALDERON

25-4999/2015
254034/2010

Médico Especialista en Salud Laboral

LEDYS CORDERO NIETO 24246980

Firma y cédula del Paciente

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6

Consecutivo: 3146416 - 29119

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	24/02/2022 - 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		

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.252224/96 UR
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia Nº. 9183 /2019

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

Fima encargado SG - SST

Fima recibido trabajador