

CTA N° 893 COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR CLARITA SANTOS - 2023

FECHA: Cajicá, marzo 23 de 2023.

HORA: 2:30 p.m. – 4:00 p.m.

LUGAR: Comunidad de Cuidado Hogar Clarita Santos

TEMA: Certificados Médicos

ASISTENTES: Sor Ana Inés Rincón Barbosa – Coordinadora Centro Comunidad de Cuidado
Yamile Andrea Viana Osorio – Nutricionista Dietista

ORDEN DEL DÍA:

1. Objetivo.
2. Introducción.
3. Actividad a desarrollar.
4. Compromisos.

DESARROLLO:

1. Objetivo:

Socializar los certificados médicos de los manipuladores de alimentos y gastrónomo que hacen parte del servicio de alimentación.

2. Introducción:

El personal manipulador tiene la responsabilidad de dar un producto en óptimas condiciones que garanticen la salud de las personas mayores velando por las buenas prácticas de manufactura en el lugar de trabajo, aplicar los conocimientos adquiridos de las capacitaciones, llevar a cabo todos los procesos de limpieza y desinfección de

los equipos y utensilios y cumplir con los exámenes de laboratorio, certificados médicos y curso de manipulación de alimentos.

3. Actividad a desarrollar:

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

NOMBRE	CARGO/ROL	FECHA CURSO	FECHA VCTO
Julio Aldemar Estupiñán	Gastrónomo	27/03/2023	26/03/2024
Olga Luisa Rúa	Manipuladora de alimentos	29/07/2022	28/07/2023
Ledys Cordero	Manipuladora de alimentos	28/06/2022	27/06/2023
Olga Patricia Guzmán	Manipuladora de alimentos	30/07/2022	29/07/2023
Carmenza Palacios	Manipuladora de alimentos	13/01/2023	12/01/2024

b. Certificados de médicos.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900617407-6
LSD 25-02-18 de 2019

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 35250662-35427

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/01/2023 - CALICA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	CARMENZA PALACIOS AREVALO	Identificación:	35250662
Género:	FEMENINO Edad: 42	Teléfono:	Móvil: 3123795009
Fecha Nacimiento:	14/04/1980	Cargo:	AUXILIAR DE COCINA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	FAMESANAR
Dirección:	CARRERA 2 # 1 CAPELLANEA	ARL:	LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.
Escolaridad:	PRIMARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.
PROTES FARMACOLÓGICO	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACIÓN DE CARGAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ESPECIALMENTE PROTECCIÓN RESPIRATORIA, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS, SEGUIR EL PROTOCOLO DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: CONTINUAR CONTROLES EN EPS PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIAS DE BASE, SE REMITE A LA EPS PARA VALORACION POR OTORINOLARINGOLOGIA.

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	
----	---------------------------	--

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos 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 fisico 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 los exámenes clínicos y paraclinicos 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.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL Y SALUD EMPRESARIAL S.A.
NIT: 900817407-8

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 22545318-32170



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	28 jul. 2022 - CÚCUTA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	OLGA LUISA RUIZ 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 ARC
Dirección:	CR 4 4 41	ARL:	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	NO REPORTA
Empresa:	CONGREGACIÓN SIERNAS DE CRISTO SACERDOTE -	Área:	OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN 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, VISUAL, ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITÉTANICA.
EXAMEN DIRECTO PARA RINGOS (KOH)	NORMAL
PROTOS PARASITARIO	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEO MUSCULAR	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)

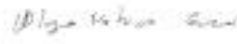
NO

Información de Remisiones

MEDICINA GENERAL EPS VALORACION OPTOMETRICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones médicas ocupacionales, los exámenes periclinicos 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 al 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 EPS. Para realizarme los exámenes clínicos y periclinicos 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 al 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.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL			
 <p>MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS NIT: 900817407-0 USO 25-30 de 2016</p>		 <p>MANIPULADOR DE ALIMENTOS Certificado de aptitud: 35416680-32198</p>	
INFORMACIÓN GENERAL			
Fecha y Lugar:	30 Jul. 2023 - CATECA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	OLGA PATRICIA GUZMAN CARRILLO	Identificación:	35416680
Género:	FEMENINO	Edad:	48
Fecha Nacimiento:	30/04/1974	Teléfono:	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Móvil:	3133174129
Dirección:	CR 1 OSTE 10 93	Cargo:	COCINERO (A)
Escolaridad:	PRIMARIA	EPS:	NUOVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Empresa:	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE	ARL:	NO REPORTA
		APP:	PROTECCION S.A.
		Área:	OPERATIVA
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS			
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CARGAS, HÁBITOS SALUDABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITETANICA		
EXAMEN DIRECTO PARA HOMBROS (ROM)	NORMAL		
NOTES FARMACOLÓGICAS	NORMAL		
COPIPOLOGICO	NORMAL		
ANEXO OSTEOARTROSCULAR	NORMAL		
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL			
APTO CON RECOMENDACIONES APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS			
Observaciones: TIPO DE RECOMENDACIÓN: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES, USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN 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			
MEDICINA GENERAL EPS	VALORACION OPTOMETRIA		
<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Las evaluaciones médicas ocupacionales, los exámenes periódicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñadas con el fin de evaluar la capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Todas las pruebas le ayudarán a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que se ven realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece el caso de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno 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 EPS. Para realizarme los exámenes clínicos y psicológicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, otonimetría/visionometría, 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 presentados 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 recibir todas las inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.</p>			
 MANUEL ALFREDO AYALA MÉNDEZ Médico Especialista en Salud Laboral 1051059 353234		  OLGA PATRICIA GUZMAN CARRILLO Firma y cédula del Paciente 35416680	

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900617407-6
LRO 25-03-08 DE 2010

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 24246986-31434



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	28/06/2022 - CABA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	LEOYS CORDERO NIETO	Identificación:	24246986
Género:	FEMENINO	Edad:	47
Fecha Nacimiento:	17/01/1975	Teléfono:	
Estado Civil:	SOLTERO(A)	Cargo:	COCHERO (A)
Dirección:	CR SA 7 28EL ROCIO	EPS:	MEDIMAS
Escolaridad:	PRIMARIA	ARL:	SURA
Empresa:	CONGREGACION SIERNAS DE CRISTO SACERDOTE -	APP:	COLPENSIONES
		Móvil:	3107269500

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PULSOS ACTIVOS, HIGIENE POSTURAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
PROTOS PARINGUED	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTROMUSCULAR	ADECUADA HIGIENE POSTURAL, ADECUADA MANIPULACIÓN DE CARGAS, CONTINUAR CON EL PROCESO DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO.
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones: USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN INTERMEDIA / USO DE GAFAS PARA VISIÓN 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 médicas ocupacionales, los exámenes periclinicos 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 IPG. Para realizarme los exámenes clínicos y periclinicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/valiometría, 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.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL															
 <p>MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS NIT: 9081740346 LBO 19-02-08 de 2018</p>															
<p align="center">MANIPULADOR DE ALIMENTOS Certificado de aptitud: 3146416 INFORMACIÓN GENERAL</p>															
Fecha y Lugar: 27 mar. 2023 - CAJALÁ Paciente: JULIO ALDEMAR ESTURISAN FORERO Género: MASCULINO Edad: 40 Fecha Nacimiento: 1/04/1980 Estado Civil: UNIÓN LIBRE Dirección: 4 N 8-96 BARRIO LA ESTACIÓN Escolaridad: TECNOLÓGICO Empresa: CONGREGACIÓN SERVIR DE CRISTO SACERDOTE -	Tipo de Examen: PERCUTIDO Identificación: 3146416 Teléfono: Cargo: CHIEF EPS: FAMILIAR ARL: SURA AFP: COLPOMEDIO Área: OPERATIVA	Móvil: 3122520007													
<p align="center">EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS</p>															
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADICIONAL DE CARGAS, MANEJO SUEÑOS, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VISUALIZACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA														
COPROLOGICO	NORMAL														
EXAMEN DE OÍDIO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL														
PROTIS PANDINO	NORMAL														
ANEXO OSTEOARTICULAR	NORMAL														
<p align="center">CONCEPTO DE APTITUD LABORAL</p>															
<p align="center">EXAMEN PERCUTIDO SATISFACTORIO APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS</p>															
Observaciones:															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de Restricción</th> <th>Condiciones, Factores, Agentes Asociados</th> <th>Permanente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td colspan="2">Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td colspan="2">Información de Remisiones</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>				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		
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															
<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO Los evaluadores médicos ocupacionales, los médicos paraclinicos y los pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñados con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estos 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, evaluando los procesos de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que se le ha recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y terminada en cuanto todo lo anteriormente expuesto. Autorizo a la EPS Para realizar los exámenes clínicos y paraclinicos solicitados por mi empleador y entidad receptora, tales como: exámenes médicos ocupacionales, epidemiológicos, audiometría, audiometría tonal, tests de esfuerzo de fuerza y otros, tests complementarios, y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean planteados 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 leído atentamente y he comprendido todos los aspectos del presente, y tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.</p>															
 MANUEL ALFREDO RYKYL R MENDEZ Médico Especialista en Salud Laboral 3151509 252234		  JULIO ALDEMAR ESTURISAN FORERO 3146416 Firma y cédula del Paciente													

4. Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
Garantizar la realización de los exámenes médicos en los tiempos establecidos.	Nutricionista.	Anual

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Yamile Andrea Viana Osorio	Nutricionista	Hogar Clarita Santos	
Sor Ana Inés Rincón Barbosa	Coordinadora	Hogar Clarita Santos	

Elaboró:
Yamile Andrea Viana Osorio
Nutricionista Dietista
MND 03259