

**CENTRO DE COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR CLARITA SANTOS DE
CAJICÁ**

CONVENIO 7463

CERTIFICACIÓN EN BPM BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA

PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS

SERVICIO DE ALIMENTOS – JUNIO 2023

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
Jessika Figueroa	Manipuladora de alimentos	22/06/2023	21/06/2024
Olga Patricia Guzmán	Manipuladora de alimentos	30/07/2022	29/07/2023
Carmenza Palacios	Manipuladora de alimentos	13/01/2023	12/01/2024

a. Certificados de médicos.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900617407-6
LSC 25-03-88 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 35250662-35427

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	15/01/2023 - CAJICA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	CARMENZA PALACIOS AREVALO	Identificación:	35250662
Género:	FEMENINO Edad: 42	Teléfono:	
Fecha Nacimiento:	14/04/1980	Móvil:	3123705009
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Cargo:	AUXILIAR DE COCINA
Dirección:	CARRERA 2 # 1 CAPELLANÍA	EPS:	FAMESANAR
Escolaridad:	PRIMARIA	ARL:	LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.
Empresa:	CONGREGACIÓN SIERNAS DE CRISTO SACERDOTE -	APP:	PORVENIR S.A.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL.
PROTOS FARMACOLÓGICO	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEOARTICULAR	ADICIONA HIGIENE POSTURAL, ADICIONA 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 PATOLOGÍAS DE BASE, SE REMITE A LA EPS PARA VALORACIÓN POR OTORINOLARINGOLOGÍA.

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

OTORINOLARINGOLOGÍA

OTITIS CRÓNICA

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones médicas 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 físico y mental en el momento en que le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como apenece 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 EPS. Para realizar 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.S

NIT: 900617407-0

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 22548316-32170



INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	26 Jul. 2022 - CAUCA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	OLGA LUISA RUIZ DE LA CRUZ	Identificación:	22548316
Género:	FEMENINO Edad: 54	Teléfono:	Móvil: 3123760045
Fecha Nacimiento:	10/03/1968	Cargo:	COCHERO (A)
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS APS
Dirección:	CR 4 4 41	ARL:	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	NO REPORTA
Empresa:	CONGREGACION 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, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA.
EXAMEN DIRECTO PARA HORMIGOS (XDR)	NORMAL
PROTES FAKINGED	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 OPTOMETRIA-

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas 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 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 IPS. Para realizarme lo 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 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 & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900617407-0
USO 25-10-48 de 2016

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35416680-32198
INFORMACIÓN GENERAL



Fecha y Lugar:	30 jul. 2022 - CAUCA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	OLGA PATRICIA GUZMAN CARRILLO	Identificación:	35416680
Género:	FEMENINO Edad: 48	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 OTE 10 93	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	PREMARGA	APP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	CONGREGACION SIERVAS 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, PRUEBAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITETANICA
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (ROH)	NORMAL
PROTESIS PAROTÍDEO	NORMAL
ODONTOLOGICO	NORMAL
ANEXO ODONTOMUCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACIÓN: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES, 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 OPTOMETRIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los exámenes médicos ocupacionales, los exámenes periódicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñados 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 se ayudan 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 apacense al acto de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis 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 realicarme lo exámenes clínicos y periódicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, aptometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otras 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 planteados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad remitente para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y recibir 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 Méndez
UN
Nº 423/2014
Medicina en Salud Laboral y
Medicina en Salud Pública



Olga Patricia Guzman Carrillo

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral 1051009 352224

OLGA PATRICIA GUZMAN CARRILLO 35416680
Firma y sello del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL E SALUD EMPRESARIAL S.A.

doi:10.1016/j.jmb.2007.04.014

LOC:26:0000 de-2018



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de autenticidade: 1676643985-30076

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22 Jan. 2023 - CAUCA	Tipo de Examen:	PERIÓDICO
Paciente:	JESSICA TATIANA FIGUEROA BUETRAGO	Identificación:	0270012985
Género:	FEMENINO	Edad:	28
Fecha Nacimiento:	26/03/1994	Teléfono:	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Cargo:	AUXILIAR DE COCINA
Dirección:	CARRERA 4 ESTE CALLE 11 N 9 B 50	EPS:	SANITAS S.A.
Excoledad:	BACHELLER	ARL:	SURA
Empleadora:	CONGREGACION SIERNAS DE CRISTO SACERDOTE -	AFP:	COLPOMODOS
		Área: No Reporta	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDECINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAGAR ACTIVO, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS SALUDABLES, PAGAR ACTIVO CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR EQUIPO DE VACUNACION ANTITETANICA.
EXAMEN DIRECTO PARA HOMBRES (EDH)	NORMAL
PROBES FAMILIARES	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEOARTICULAR	NORMAL

CONCEPTO DE ADMISIÓN LABORAL

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS
EXAMEN PERIÓDICO CON RECOMENDACIONES

Preaviso: TRO DE RECOMENDACIÓN NO VALER LEVANTAR, EMPLAR O CADA CARTÃO INDICADO A 10 K.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
SI	Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)	
NO	Información de Remisiones	

CORLETTA, DEBBIE R. AL.

THEORY AND PRACTICE OF THE ARTS

CONSENTIMENTO INFORMATO

[illegible]

Minister of Education
UN
L'Espresso



Atty
General

MANUEL ALFREDO AYALA MENEZ

Instituto Especialista en Salud Laboral 10511019 363004

JESSICA TATIANA FLOREDA BUITRAGO

© 2000 Blackwell Science Ltd

Examen y cuidado del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
 NIT: 90891740346
 LBO 25-02-08 de 2016



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
 Certificado de aptitud: 3146416
 INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27 mar. 2023 - CAJICA	Tipo de Examen:	PERIÓDICO
Paciente:	JULIO AUGUSTO ESTUPINAN FORERO	Identificación:	3146416
Género:	MASCULINO	Edad:	40
Fecha Nacimiento:	5/04/1983	Teléfono:	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Cargo:	CHEFF
Dirección:	4 N 5-46 BARRIO LA ESTACION	EPS:	FAMISANAR
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	ARL:	SURA
Empresa:	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE -	AFP:	COLFONIDOS
		Área:	OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	UNO DE SUPLENTE DE PROTECCIÓN PERSONAL, HERRERA PORTUGAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ABSOLUTO DE CARGAS, NÚMEROS SALLEABLES, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR FIGURA DE MANEJO INHIBITIVA.
COPROLOGICO	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA INHIBICIÓN (EDH)	NORMAL
FOTOS PASCOWSKI	NORMAL
ANEXO ORTODONCIOLÓGICO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIÓDICO SATISFACTORIO
 APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

CONSIDERACIONES:

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 Revisión		
NO		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones médicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido identificadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas se aplicaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que se van a realizar. En la fecha, como mayor de edad, identificado como apunto al lado de mi firma en este documento, declaro en pleno uso de mi facultades mentales, declarando sin presencia de ninguna lesión y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que se ha recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y libremente en cuanto todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la EPS. Para realizar los exámenes clínicos y paraclinicos, solicitados por mi empleador y entidad receptora. Sé que como examen médico ocupacional, epidemiológico, epidemiológico, epidemiológico, 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 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 tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de firmar en consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

Manuel Alfredo Ayala Méndez
 Médico Especialista en Salud Laboral
 LBO 15-02-08 de 2016



Julio Augusto Estupinan Forero
 Firma y cédula del Paciente

MANUEL ALFREDO AYALA MENDÉZ
 Médico Especialista en Salud Laboral LBO 15-02-08 de 2016

JULIO AUGUSTO ESTUPINAN FORERO
 Firma y cédula del Paciente 3146416

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