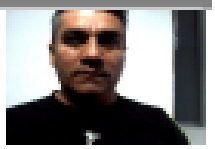
COMUNIDAD DE CUIDADO: HOGAR CLARITA SANTOS
CONVENIO O CONTRATO: 7463 DEL 2021
FECHA: 28/07/2023

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

Certificados de médicos:

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SALUD LABORAL Y EMPRESARIAL

MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LEY 19.1038 de 2018

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 3146416-36886

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27 mar. 2023 - CAUCA	**Tipo de Examen:**	PERIODICO
Paciente:	JULIO ALDEMAR ESTUPIÑAN FORERO	**Identificación:**	3146416
Género	MASCULINO **Edad:** 43	**Teléfono**	**Móvil:** 3132529897
Fecha Nacimiento:	1/04/1980	**Cargo:**	CHEFF
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	4 N 8-46 BARRIO LA ESTACION	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	COLFONDOS
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
COPROLOGICO	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
PROTER PARCINGRO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

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 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 libremente en cuanto todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la IPS. Para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen medico 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 solidarias 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 1051909252/24

JULIO ALDEMAR ESTUPIÑAN FORERO 3146416
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



NIT: 900817407-6

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 22545318-32170

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	29 jul. 2022 - CAUCA	**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
PROTEIS 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

MEDICINA GENERAL EPS VALORACION 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.'

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900917407-6
LEG:20.3208 de 2016

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 52735407-38560

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22 jul. 2023 - CAUCA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	NANCY MIREYA FERNANDEZ	**Identificación:**	52735407
Género	FEMENINO **Edad:** 46	**Teléfono**	**Móvil:** 3197710364
Fecha Nacimiento:	8/06/1980	**Cargo:**	AUXILIAR DE COCINA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CRA 2 A # 5 32 BARANDILLAS	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	BACHILLER	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE -	**Área: OPERATIVA**	

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	SIN ALTERACIONES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO.
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

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

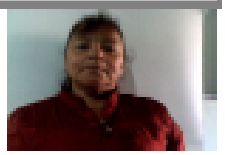
NO

"CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las 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 IPS. Para realizarme los 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 reunión 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."

DUBER MAURICIO ACERO BERMUDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral 1065670 2517084

NANCY MIREYA FERNANDEZ 52735407
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
LSO 25-32-48 de 2016

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35416880-32108

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	30 jul. 2022 - CAUCA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	OLGA PATRICIA GUZMAN CARRILLO	**Identificación:**	35416880
Género	FEMENINO **Edad:** 48	**Teléfono**	**Móvil:** 3133174139
Fecha Nacimiento:	30/04/1974	**Cargo:**	COCINERO (A)
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	CR 1 OSTE 10 93	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PROTECCION S.A.
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, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACION ANTITETANICA
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
PROTIS 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 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
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los examenes 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 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. En conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a la IPS. Para realizarme los 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 solidaria 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 PATRICIA GUZMAN CARRILLO 35416880
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-6
Lic 25-0348 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 35250662-35427

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/01/2023 - CAICA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	CARMENZA PALACIOS AREVALO	**Identificación:**	35250662
Género	FEMENINO **Edad:** 42	**Teléfono**	**Móvil:** 3123706009
Fecha Nacimiento:	14/04/1980	**Cargo:**	AUXILIAR DE COCINA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CARRERA 2 # 1 CAPELLANIA	**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 PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
PROTES FARINGEO	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 BIOSEGURIDAD 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)

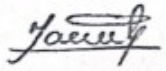
NO

Información de Remisiones

OTORRINOLARINGOLOGIA DISFONIA CRONICA-

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 pruebs 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.'

REVISIÓN Y APROBACIÓN				
FECHAS		NOMBRE	CARGO/ROL	FIRMAS
Elaboró	28/07/2023	Yamile Andrea Viana Osorio	Nutricionista Dietista	
Revisó	28/07/2023	Sor Ana Inés Rincón Barbosa	Coordinadora	
Aprobó	28/07/2023	Aldemar Estupiñan	Técnico de Alimentos	