

COMUNIDAD DE CUIDADO: HOGAR CLARITA SANTOS

CONVENIO O CONTRATO: 7463 DEL 2021

FECHA: 30/12/2023

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	11/08/2023	10/08/2024
Nancy Fernández	Manipuladora de alimentos	22/06/2023	21/06/2024
Olga Patricia Guzmán	Manipuladora de alimentos	11/08/2023	10/08/2024
Carmenza Palacios	Manipuladora de alimentos	13/01/2023	12/01/2024

Certificados de médicos:

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL			
			
MEDICINA LABORAL Y SALUD EMPRESARIAL SAS NIT: 908874034 CUCUTA, COCUI - 2019		MANIPULADOR DE ALIMENTOS Certificado de aptitud: 3146-416-36686	
INFORMACIÓN GENERAL			
Fecha y Lugar: 27.08.2023 - COCUI Paciente: JULIO ALDAMAR ESTURBAN FORERO Género: MASCULINO Edad: 41 Fecha Nacimiento: 1/04/1982 Estado Civil: UNIÓN LIBRE Dirección: 4 R 5-92 BARRIO LA ESTACION Educación: TECNOLÓGICO Empresa: CONGRUACION SERVICIOS DE CREDITO SACROSOTE	Tipo de Examen: PERIÓDICO Identificación: 2146416 Teléfono: Cargo: CHEF EPS: FAMILIAR ARL: SURA AFP: COLOMBOS Área: OPERATIVA	Móvil: 3133526647	
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS			
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, RESERVA PORTUAL, CAPACITACIÓN EN MANEJO ADECUADO DE CASUAL, HÁBITOS SALUDABLES, PASAR ACTIVO CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR EQUIPO DE SEGURIDAD ENTRENADA		
COFROLOGICO	NORMAL		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL		
PROTEÍNAS URINARIAS	NORMAL		
ANÁLISIS OTOSCOPIA DE OÍ	NORMAL		
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL			
EXAMEN PERIÓDICO SATISFACTORIO APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS			
Observaciones:			
Tipo de Restricción		Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Protección (PPyP)	
NO		Información de Remisiones	
NO			
COMENTARIO INFORMADO: Los exámenes médicos ocupacionales, los exámenes parafísicos y los pruebas complementarias que se van a realizar, son solo orientados 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 física y mental en el momento en que le son realizadas. En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al final de este formulario, 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 cuenta todo lo anteriormente expresado. Autorizo a la EPS, Para realizar el examen clínico y parafísicos indicados por el trabajador y entidad receptora, todo como examen médico ocupacional, epidemiológico, audiológico, agnóstico/audiométrico, items de muestra de sangre y otros fluidos corporales, y otros 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 resultados de salud que será entregado a mi supervisor o entidad receptora para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Con lo he leído, oído de preguntas y recibí todas las explicaciones al respecto, y todo lo oportuno de referir los comentarios en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.			
 MANUEL ALFREDO AYALA MÉNDEZ Médico Especialista en Salud Laboral - 9851606-552024		  JULIO ALDAMAR ESTURBAN FORERO Firma y sello del Paciente	2146416

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-8
LSO 25-3248 de 2016



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 22545318-38888
INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	11 ago. 2023 - CAJICA	Tipo de Examen:	PERIÓDICO
Paciente:	OLGA LUISA RUA DE LA CRUZ	Identificación:	22545318
Género:	FEMENINO Edad: 55	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 CENTRO	ARL:	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL
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, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
PROTIS FARINGEO	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEO MUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
EXAMEN PERIÓDICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACIÓN: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PRÓXIMA.

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 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 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 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 paraclinicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visuometría, 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 Méndez
UN
N° 252224-16 UR
Superintendencia de Salud Ocupacional
Bogotá D.C., 11 de agosto de 2023



Olga Luisa Rúa de la Cruz

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: 900817407-8
LSO 25-3348 de 2018



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35416880-38891
INFORMACION GENERAL

Fecha y Lugar:	11 ago. 2023 - CAJICA	Tipo de Examen:	PERIÓDICO
Paciente:	OLGA PATRICIA GUZMAN CARRILLO	Identificación:	35416880
Género:	FEMENINO Edad: 49	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 OESTE 10 93	ARL:	SURA
Escolaridad:	PRIMARIA	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	CONGREGACIÓN 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, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITÉTANICA
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA	SE REALIZÓ
COPROLOGICO	NORMAL
FROTIS FARINGEO	NORMAL
ANEXO OSTEOMUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTÓ PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
EXAMEN PERIÓDICO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACIÓN: USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISIÓN PRÓXIMA

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 médicas ocupacionales, los exámenes parásiticos y las pruebas complementarias que se ven 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 ayudarán 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 mis 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 realizarme los exámenes clínicos y parásiticos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visionetría, 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 tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

Manuel Alfredo Ayala Méndez
UN - Médico P.PyP
N.º 9.25-2224 de UR
Especialista en Salud Ocupacional
(Licencia P.P. 9187 1889)



Olga Patricia

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ

Médico Especialista en Salud Ocupacional - 106.56080 380924

OLGA PATRICIA GUZMAN CARRILLO

35416880

Firma o sello de el/la Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900617407-6
LBO 25-02-06 de 2016

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 35250662-35427

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/01/2022 - CALI	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	CARMENZA PALACIOS ADEVALO	Identificación:	35250662
Género:	FEMENINO Edad: 42	Teléfono:	
Fecha Nacimiento:	14/04/1980	Móvil:	3123795009
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Cargo:	AUXILIAR DE COCINA
Dirección:	CARRERA 2 # 1 CAPELLANEA	EPS:	PASESANAR
Escolaridad:	PRIMARIA	ARL:	LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.
Empresa:	CONGREGACION SIERNAS DE CRISTO SACERDOTE -	APP:	PORVENIR S.A.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, INHALAR ACTIVA, HIGIENE POSTURAL
PROTOS FRACTURAS	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEOARTICULAR	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 OTORINOLARINGOLOGÍA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	--	------------

NO	Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)	
----	--	--

Información de Remisiones

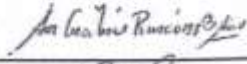
OTORINOLARINGOLOGÍA

CRÓNICA 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 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 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 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.

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