

COMUNIDAD DE CUIDADO: HOGAR CLARITA SANTOS

CONVENIO O CONTRATO: 7463 DEL 2021

FECHA: 19/04/2024

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	1/04/2024	30/03/2025
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	23/01/2024	12/01/2025
Martha Cecilia Castañeda	Manipuladora de alimentos	26/06/2023	25/06/2024

Certificados de médicos:

RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES			
			
MEDICINA LABORAL Y SALUD EMPRESARIAL SAS NIT: 900817407-8		Consecutivo: 3146416 - 43386	
INFORMACIÓN GENERAL			
Fecha y Lugar:	1/04/2024 - CAJICA	Tipo de Examen:	PERIÓDICO
Paciente:	JULIO ALDEMAR ESTUPIÑAN FORERO	Identificación:	3146416
Género:	MASCULINO	Edad:	44
Fecha Nacimiento:	1/04/1980	Teléfono:	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Cargo:	CHEFF
Dirección:	CALLE 4 N 0-13 BARRIO LA ESTACION	EPS:	FAMISANAR
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	ARL:	SURA
Empresa:	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE -	AFP:	COLFONDOS
Móvil:	3132529897		
RECOMENDACIONES Y REMISIONES MEDICAS LABORALES			
<p>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.</p> <p>Por este motivo le hacemos entrega de las recomendaciones, observaciones y/o restricciones laborales según corresponda, de los resultados de su evaluación médica ocupacional:</p>			
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			
<p>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.</p>			
CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE -			
 MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ Médico Especialista en Salud Laboral		 Fina encargada SG - SST	
10510/09 252224		 Firma recibido trabajador	

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
PROTOS 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 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 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
Lima 19, 9183 1666



Olga Luisa Rúa de la Cruz

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral 1051069 252224

OLGA LUISA RUA DE LA CRUZ 22545318
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL Y SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 908817807-8
CALLE 19, 2008 de 2018



MANIPULADOR DE ALIMENTOS

Certificado de aptitud: 02735407-36560

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23 Jul 2023 - CAUCA	Tipo de Examen:	ENFASIS
Paciente:	NANCY HUREYA FERNANDEZ	Identificación:	02735407
Género:	FEMENINO	Edad:	40
Fecha Nacimiento:	4/04/1983	Teléfono:	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	Cargo:	AYUDANTE DE COCINA
Dirección:	CRA 2 A.P. 5 32 BRAMIELLAS	EPS:	PARISIANA
Escolaridad:	BACHILLER	ARL:	SURA
Empresa:	CONGREGACION SORINAS DE CUSTO SACRAMENTO	APP:	PROTECCIÓN S.A.
		Área:	OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	LISTA DE EXÁMENES DE INSPECCIÓN PERSONAL, PRUEBAS AUDITIVAS, RESPIRATORIA
EXAMEN DIRECTO PARA RIESGOS (EDR)	NORMAL
PRUEBAS AUDITIVAS	NORMAL
OPRODESCO	NORMAL
ANEXO DETERMINACION	DE ALTA RIESGOS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO.
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 Promoción (PPyP)	NO
NO	Información de Remisiones	NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los cuestionarios médicos ocupacionales, los exámenes personales y las pruebas complementarias que se van a realizar, han sido diseñados por el Dr. de evaluar la aptitud y aplicar para determinar el riesgo al que se va a ser asignado en la empresa. Estos cuestionarios se aplican a conocer los estados de salud física y mental en el momento en que se van a realizar. En la ficha, como mayor de edad, autorizo como apoderado al tanto de los datos de este documento, autorizo en plena conciencia de las facultades mentales, autorizo los procesos de ninguna índole y en plena de conocimiento de mi estado de salud, declaro que el consentimiento informado se otorga en conciencia y sin coacción alguna, autorizo los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y libremente en su favor todo lo anteriormente expuesto. Autorizo a la EPS, Para realizar los exámenes físicos y psicológicos solicitados por mi empleador y entidad receptora, tales como: exámenes médicos ocupacionales, antropométricos, audiológicos, radiológicos, etc., tanto de exámenes de riesgo y otros estudios complementarios, y otros estudios complementarios que sean necesarios según el cargo a desempeñar y los datos obtenidos a partir de los resultados de dichos exámenes, para plantearlos de manera general en el informe de resultados de salud que será entregado a mi empleador o entidad receptora para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he leído y entendido el propósito y contenido de los cuestionarios al respecto, y que la información de ellos me suministrará en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.


Dr. Mauricio Acosta de Hualde
Médico Ocupacional
C.C. 39.5535
8 de Julio 1994





DUSER MAURICIO ACOSTA DE HUALDE
Médico Especialista en Salud Laboral 29/05/2018-8

NANCY HUREYA FERNANDEZ
Firma y sello del Paciente

02735407

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 ANTITETÁNICA
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 18.25-2224 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



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
NIT: 900817407-0
LSO 25-3248 de 2010



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35250662-42026
INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	23 ene. 2024 - CAJICA	Tipo de Examen:	PERIÓDICO		
Paciente:	CARMENZA PALACIOS AREVALO	Identificación:	35250662		
Género:	FEMENINO Edad: 43	Teléfono:		Móvil:	3123706009
Fecha Nacimiento:	14/04/1980	Cargo:	AUXILIAR DE COCINA		
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	FAMISANAR		
Dirección:	CARRERA 2 # 1 CAPELLANÍA	ARL:	LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.		
Escolaridad:	PRIMARIA	AFP:	PORVENIR S.A.		
Empresa:	CONGREGACION SIERVAS DE CRISTO SACERDOTE	Área:	OPERATIVA		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, 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
FROTES FARINGEO	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEO MUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIÓDICO CON ALTERACIONES
APTÓ PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACIÓN: NO HALAR, LEVANTAR EMPUJAR O IZAR CARGAS MAYORES A 10 KG. USO DE LENTES CORRECTIVOS PARA VISION PROXIMA.

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	SD DE COLON IRRITABLE, DORSALGIA A ESTUDIO -	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones médicas 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 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 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 realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como exámenes: 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 remitente 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.

Mi nombre: Mandel Alfredo Ayala Méndez
UN UN
F.M. 25.02.24 de UR
Firma y sello del Médico



Carmenza Palacios Arevalo

Firma

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral 10510/00 252224

CARMENZA PALACIOS AREVALO 35250662
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



MEDICINA LABORAL & SALUD EMPRESARIAL SAS
 NIT: 903817457-5
 USO 25-3246 de 2718



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
 Certificado de aptitud: 52058138-38142
 INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	25 Jun. 2023 - CAJICA	Tipo de Examen:	PERIÓDICO
Paciente:	MARTHA CECILIA CASTAÑEDA PINILLA	Identificación:	52058138
Género:	FEMENINO Edad: 55	Teléfono:	Móvil: 3217767631
Fecha Nacimiento:	1/11/1977	Cargo:	SERVICIOS GENERALES
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SANTAS S.A.
Dirección:	C/UNTAHE	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLER	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	CONGREGACION SIERNAS DE CRISTO SACERDOTE	Área:	OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, MANEJO SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS EN EL PUESTO DE TRABAJO, USO DE BLOQUEADOR SOLAR, VIGILAR EQUIPO DE VACUNACIÓN ANTITETANICA
PROTES FARINGEO	NORMAL
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	NORMAL
COPROLOGICO	NORMAL
ANEXO OSTEO MUSCULAR	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN PERIÓDICO CON RECOMENDACIONES
 APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: TIPO DE RECOMENDACION: USO DE LENTES CORRECTIVOS PERMANENTES, NO HLAR, LEVANTAR, EMPUJAR, O IZAR CARGAS MAYORES A 10 KG. NO EXPRIMIR O TERCER, USO DE EXPRIMIDOR DE TRAPEROS U OTROS, ROTE ACTIVIDADES REPETITIVAS DE MIEMBROS SUPERIORES CADA 2 HORAS.

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	CONTROL OPTOMETRÍA Y PSIATRIA	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones médicas ocupacionales, los exámenes paradiáticos 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. Estas pruebas le ayudarán a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que lo 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 prevalencia 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 realizar los exámenes clínicos y paradiáticos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como exámenes médicos ocupacionales, exploración, 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 u entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica e 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.

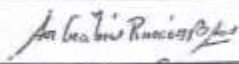
Manuel Alfredo Ayala Méndez
 MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
 Médico Especialista en Salud Laboral
 Registro N° 252224



Martha Cecilia Castañeda Pinilla

MANUEL ALFREDO AYALA MENDEZ
 Médico Especialista en Salud Laboral 1051009 252224

MARTHA CECILIA CASTAÑEDA PINILLA
 Firma y cédula del Paciente 52058138

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	