COMPONENTE NUTRICIÓN Y SALUBRIDAD
OBLIGACION N°8

COMUNIDAD DE CUIDADO: Comunidad De Cuidado La Fortuna
CONVENIO O CONTRATO: 9665 de 2024.
FECHA: 31/03/2026

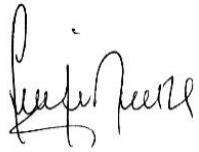
8.1. CERTIFICADO BPM (BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA) Y CERTIFICADO APTITUD MÉDICA

NOMBRE DEL MANIPULADOR DE ALIMENTO	CARGO	BPM FECHA DE EXPEDICIÓN	CURSADO EN	FECHA DE VENCIMIENTO	CERTIFICADO APTITUD MEDICA FECHA DE EXPEDICIÓN	REALIZADO POR EL MÉDICO	FECHA DE VENCIMIENTO
KAREN LIZETH PAVA GIL	Aux. de Cocina	23/07/2025	ASAMYSAN JHON JAIRO HOLGUIN MARRIAGA	23/07/2026	23/07/2025	DR. CARLOS AUGUSTO VILLAMIZAR	23/07/2026
SANDRA LILIANA VÁSQUEZ TORRES	Aux. de Cocina	11/08/2025	LUZ ANGELA PABÓN PARDO	11/08/2026	13/08/2025	DR. JULIO CESAR SÁNCHEZ TRONCOSO	13/08/2026
JHON ROBINSON MUÑOZ	Aux. de Cocina	15/05/2025	LYELIO ZALGAR	15/05/2026	13/05/2025	MARIA LUISA MOLINA	13/05/2026
DARLYN DAYANN SÁNCHEZ SÁNCHEZ	Gastrónoma	10/06/2025	ASAMYSAN JHON JAIRO HOLGUIN MARRIAGA	10/06/2026	10/06/2025	JULIANA SILVA MEJIA	10/06/2026
LILIANA JANETH CASTRO ARIAS	Aux. de cocina	23/09/2025	LUZ ANGELA PABÓN PARDO	23/09/2026	25/04/2025	T.V.O SALUD OCUPACIONAL IPS	25/04/2026

A TIEMPO (Mayor de tres

PRÓXIMO A VENCERSE (Menos de tres meses)

VENCIDO

REVISIÓN Y APROBACIÓN				
	FECHA	**NOMBRE**	**CARGO/ROL**	**FIRMA**
ELABORÓ	31-03-2026	KEIBIS MAIRETH QUIÑONES TORRES	NUTRICIONISTA DIETISTA	
APROBÓ	31-03-2026	LADY JOHANNA ESCOBAR	COORDINADORA	

KAREN LIZETH PAVA GIL

ASAMYSAN

Asesorías, capacitaciones ambientales, sanitarias, administrativas y de alimentos.
Registro Cámara de Comercio 02041607 de 05-11-2010
DSAAL-CMA-023-06-18 Resolución 03607-05-12

ASAMYSAN HACE CONSTAR QUE:

Nombre: Karen Lizeth Pava Gil

N° CC 1069757039

Lugar de expedición Fusagasugá

Asistió a la capacitación BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (BPM) MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, de acuerdo con la normatividad vigente.
Res.2674/13, Dec. 1686/12 Res. 240/13, Dec. 1880/11 con una intensidad de diez horas.

Responsable de capacitación:

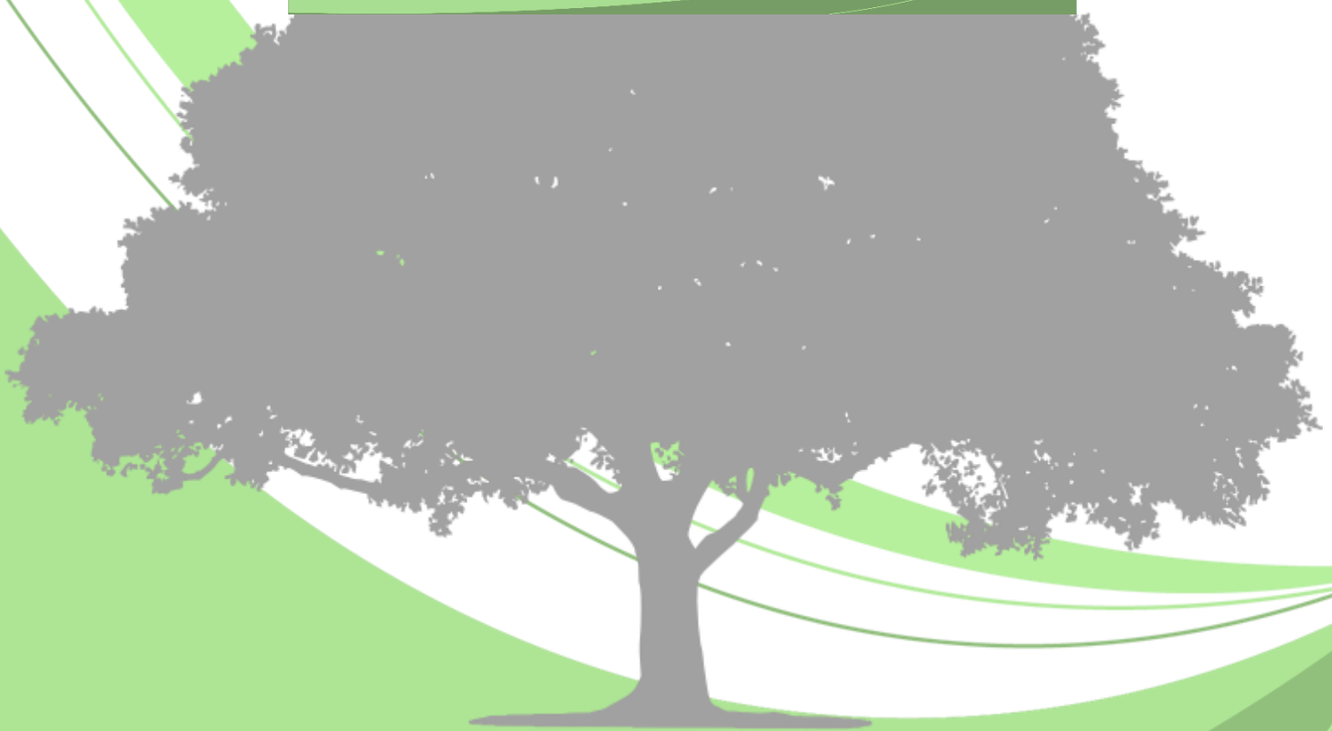
John Jairo Holguín Marriaga

Fecha de expedición: **23 – 07 - 2025**

fecha de vencimiento: **23– 07 – 2026**

Lugar de expedición: **VIRTUAL**

Móvil: 3115192428 – 3202756156 Asamysan.asesorias@gmail.com / jojahoma@yahoo.com /
www.asamysanasesorias.wixsite.com/website Facebook ASAMYSAN



DR. CARLOS AUGUSTO VILLAMIZAR
MEDICO GENERAL

CERTIFICADO MEDICO, DE APTITUD Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Fecha	23/07/2025	Hora Llegada	10:30am	Hora salida	11:00 am

IDENTIFICACION:	Apellido	Nombres
	Pava Gil	Karen Lizeth

GENERO	M	F	Identificación	CC 1069757039 de Fusagasugá
		X		

EXAMENES, PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS				
	EX. MEDICO	X	VAL VESTIBULAR	NORMAL
	LAB. CLI NICO		COPROLOGICO SIN PARASITOS, KOH NEGATIVO Y FROTIS FARINGEO NEGATIVO	

CONCEPTO MARQUE CON UNA X TIPO DE EXAMEN:			
		APTO (Paciente sano o con hallazgos que no representan patología alguna)	
		APTO CON PATOLOGIA (Paciente que presenta por lo menos una patología, pero puede laborar normalmente)	
INGRESO	X	APTO CON RESTRICCION (Paciente que debido a una o más patologías puede realizar su labor, pero con ciertas restricciones para no empeora r su estado clínico)	
PERIODICO		APLAZAD O (No puede en el momento desempeñar el cargo al que aspira)	
EGRESO		Satisfactorio	
REINTEGRO		APTO PAR A MANIPULACION DE ALIMEN TOS	X
POST INCAPACIDAD		NO APTO P ARA MANIPUL ACION DE ALIMENTOS	

Enfermedad general Requiere de exámenes complementarios	N O	Enfermedad Profesional NO Cuales	NO	Secuelas o Accidente de Trabajo	NO

RECOMENDACIÓN

Capacitar sobre posibles riesgos en el cargo, buenos hábitos de higiene postural, pausas activas, uso permanente de EPP, nutrición adecuada, autocuidado, ejercicio cardiovascular, incluir en el sistema de vigilancia epidemiológico-biomecánica y control anual por salud ocupacional

RESTRICCIONES	N/A

Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi historia clínica. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, de laboratorio KHO- Frotis de garganta y coprológico cumplen con los parámetros por lo tanto el paciente es apto para manipular alimentos.

HORA SALIDA DE CONSULTA	11:00 am

CARLOS AUGUSTO VILLAMIZAR GOMEZ
MEDICO GENERAL
R.M 1098661658

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL

1069757039

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

Scanned with CamScanner

SANDRA LILIANA VÁSQUEZ TORRES



LUZ ANGELA PABÓN PARDO

INGENIERA DE ALIMENTOS - UNIVERSIDAD DE LA SALLE
DSAAL-CMA-019-05-18-SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

CERTIFICA QUE:

SANDRA LILIANA VASQUEZ T.

Documento No: 39622483

Asistió a la capacitación en Higiene y Manipulación de Alimentos con una intensidad de 10 Horas, de acuerdo a la normatividad vigente y en la cual se trataron los siguientes temas:

1. TERMINOLOGÍA BÁSICA
2. LOS ALIMENTOS, CLASIFICACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN
3. INOCUIDAD ALIMENTARIA
4. DESCOMPOSICIÓN Y CONTAMINACIÓN (CONTAMINACIÓN CRUZADA)
5. LOS MICROORGANISMOS Y MICROBIOLOGÍA DEL ALIMENTO
6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ALIMENTOS (ETA´s)
7. BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (BPM)
8. CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS (INSTALACIÓN, EQUIPOS, UTENSILIOS, ÁREAS DE ELABORACIÓN)
9. MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS (ACTIVIDADES OBLIGATORIAS DURANTE EL PROCESO)
10. MANIPULADORES DE ALIMENTOS
11. NORMATIVIDAD VIGENTE
12. RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE
13. PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL Y RIESGOS
14. PLANES DE SANEAMIENTO BÁSICO
15. REQUISITOS PARA SECTORES ESPECÍFICOS: BEBIDAS ALCOHÓLICAS, VENTAS EN LA VÍA PUBLICA, TRANSPORTE Y COMERCIALIZACIÓN DE CARNES Y DERIVADOS, COMERCIALIZACIÓN DE LECHE CRUDA PARA CONSUMO HUMANO.

DECRETO 1500 DE 2007
DECRETO 1880 DE 2011
DECRETO 162 DE 2021 (DECRETO 1686 DE 2012)
RESOLUCIÓN 604 DE 1993

Fecha de Expedición: 11 AGOSTO 2025

LUZ ANGELA PABÓN PARDO — **ASISTENTE**

Calle 21 No 9 - 06 Barrio Balmoral Celular: 313 256 53 99 Fusagasugá (Cundinamarca)

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Doctor **Julio Cesar Sánchez Troncoso** Médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia. Con tarjeta profesional 2898, certifico que,

SANDRA VASQUEZ TORRES,

identificado con cédula de ciudadanía número 39622483,

se encuentra en buenas condiciones de salud y está apto para manipular alimentos.

Expido el presente Certificado en FUSAGASUGÁ

a los 13 días del mes de AGOSTO de 2025.

Julio Cesar Sánchez Troncoso. Medico Cirujano

Universidad Nacional de Colombia

Firma y Sello

Powered by CamScanner

JHON ROBINSON MUÑOZ

ASAMYSAN

Asesorías, capacitaciones ambientales, sanitarias, administrativas y de alimentos.
Registro Cámara de Comercio 02041607 de 05-11-2010
DSP-SDVSP-AL-CMA-025-06-18 Resolución 03607-05-12

ASAMYSAN HACE CONSTAR QUE:

Nombre: **JHON ROBINSON MUÑOZ**

CC **10594432**

Lugar de expedición **CUARTAS CAUCA**

Asistió a la capacitación BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (BPM) MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, de acuerdo con la normatividad vigente.
Res.2674/13, Dec. 1686/12 Res. 240/13, Dec. 1880/11 con una intensidad de diez horas.

Responsable de capacitación:

John Jairo Holguín Marriaga

Fecha de expedición: **15 DE MAYO 2025**

Fecha de vencimiento: **15 DE MAYO 2026**

Lugar de expedición: **VIRTUAL**

Móvil: 3115192428 – 3202756156 Asamysan.asesorias@gmail.com / jojahoma@yahoo.com / www.asamysanasesorias.wixsite.com/website Facebook ASAMYSAN

Teniendo en cuenta el artículo 12 de la resolución 2674 de 2013, nuestras empresas cumplen con el plan de capacitación continuo y permanente para el personal manipulador de alimentos desde el momento de su contratación y luego son reforzados mediante charlas, cursos u otros medios efectivos de actualización. Dicho plan comprende las 10 horas anuales, sobre asuntos específicos de que trata la resolución. Esta capacitación está bajo la responsabilidad de la empresa y es efectuada por ésta misma a través de personas naturales y jurídicas de acuerdo a la normatividad vigente cumpliendo estas con criterios de idoneidad técnica, científica con formación y experiencia específica en las áreas de higiene de los alimentos, Buenas Prácticas de Manufactura y sistemas preventivos de aseguramiento de la inocuidad siendo estas idóneas, competentes, con conocimiento y experiencia en el campo de los alimentos.

DR ROBERTO A. CHAVES V.

MEDICO CIRUJANO

RM 644694

CERTIFICADO MEDICO

FECHA: 13-05-2025

NOMBRE: JHON ROBINSON MUÑOZ

TARJETA DE IDENTIDAD: 10594432

Certifico que el paciente arriba mencionado con exámenes de frotis de garganta, KOH uñas, coprológico no presenta enfermedad contagiosa ni parasitaria, que le impida trabajar en manipulación de alimentos. Apto para manipulación de alimentos.

Dr Roberto A. Chaves
Medico Cirujano
C.C. 79.145.202

DR: ROBERTO A. CHAVES V

RM 644694

CC 79145202

DARLYN DAYANN SÁNCHEZ SÁNCHEZ

ASAMYSAN

Asesorías, capacitaciones ambientales, sanitarias, administrativas y de alimentos.
Registro Cámara de Comercio 02041607 de 05-11-2010
DSAAL-CMA-023-06-18 Resolución 03607-05-12

ASAMYSAN HACE CONSTAR QUE:

Nombre: DARLYN DAYANN SANCHEZ SANCHEZ

N° CC 1069744326

Lugar de capacitación FUSAGASUGA

Asistió a la capacitación BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (BPM) MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, de acuerdo con la normatividad vigente.
Res.2674/13, Dec. 1686/12 Res. 240/13, Dec. 1880/11 con una intensidad de diez horas.

Responsable de capacitación:

John Jairo Holguín Marriaga

Fecha de expedición: **10 – 06 - 2025**

Fecha de vencimiento: **10– 06 - 2026**

Lugar de expedición: **VIRTUAL**

Móvil: 3115192428 – 3202756156 Asamysan.asesorias@gmail.com / jojahoma@yahoo.com /
www.asamysanasesorias.wixsite.com/website Facebook ASAMYSAN

DRA JULIANA SILVA MEJIA
MEDICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CONCEPTO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL

Fecha	*10/06/2025*	Hora Llegada	6:15 AM	Hora salida	07:05 AM

IDENTIFICACION:	Apellidos	Nombres
	SANCHEZ SANCHEZ	DARLYN DAYANN

GENERO	*M*	F	Doc. Identificación	CC 1001069743594 DE FUSAGASUGA
		X		

EXAMENES, PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS				
	EX. MEDICO	X	**VA L VESTIBULA R**	NORMAL
	LAB. CLI NICO		COPR OLOGICO SI N PARASITOS,KOH NEGATIVO Y FROTIS FARINGEO NEGATIVO	

CONCEPTO MARQUE CON UNA X ***TIPO DE EXAMEN:***			
		APTO (Paciente sano o con hallazgos que no representan patología alguna)	
		APTO CON PATOLOGIA (Paciente que presenta por lo menos una patología, pero puede laborar normalmente)	
INGRESO	*X*	APTO CON RESTRICCION (Paciente que debido a una o más patologías puede realizar su labor, pero con ciertas restricciones para no empeora r su estado clínico)	
PERIODICO		APLAZAD O (No puede en el momento desempeñar el cargo al que aspira)	
EGRESO		Satisfactorio	
REINTEGRO		**APTO PAR A MANIPULACION DE ALIMENTOS**	**X**
POST INCAPACIDAD		NO APTO P ARA MANIPUL ACION DE ALIMENTOS	

Enfermedad general Requiere de exámenes complementarios	NO	Enfermedad Profesional NO Cuales	NO	Secuelas o Accidente de Trabajo	NO

RECOMENDACIONES

Capacitar sobre posibles riesgos en el cargo, buenos hábitos de higiene postural, pausas activas, uso permanente de EPP, nutrición adecuada, autocuidado, ejercicio cardiovascular, incluir en el sistema de vigilancia epidemiológico biomecánica y control anual por salud ocupacional

RESTRICCIONES	*NINGUNA*

Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi historia clínica. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes de laboratorio KOH(uñas), COPROLOGICO Y GARGANTA, cumplen con los parámetros por lo tanto el paciente es ***apto para manipular alimentos*** *al igual que sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias. En constancia a lo anterior firmo:*	**HORA SALIDA DE CONSULTA**	10:00AM

Dra. Juliana Silva Mejía
Medico Especialista en
Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 7945-2017
C.C. 1098639908

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

LILIANA JANETH CASTRO ARIAS



LUZ ANGELA PABÓN PARDO

INGENIERA DE ALIMENTOS - UNIVERSIDAD DE LA SALLE

DSAAL-CMA-019-05-18-SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

CERTIFICA QUE:

LILIANA CASTRO A.

Documento No: 1.071.168.743

Asistió a la capacitación en Higiene y Manipulación de Alimentos con una intensidad de 10 Horas, de acuerdo a la normatividad vigente y en la cual se trataron los siguientes temas:

1. TERMINOLOGÍA BÁSICA
2. LOS ALIMENTOS, CLASIFICACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN
3. INOCUIDAD ALIMENTARIA
4. DESCOMPOSICIÓN Y CONTAMINACIÓN (CONTAMINACIÓN CRUZADA)
5. LOS MICROORGANISMOS Y MICROBIOLOGÍA DEL ALIMENTO
6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ALIMENTOS (ETA´s)
7. BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (BPM)
8. CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS (INSTALACIÓN, EQUIPOS, UTENSILIOS, ÁREAS DE ELABORACIÓN)
9. MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS (ACTIVIDADES OBLIGATORIAS DURANTE EL PROCESO)
10. MANIPULADORES DE ALIMENTOS
11. NORMATIVIDAD VIGENTE
12. RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE
13. PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL Y RIESGOS
14. PLANES DE SANEAMIENTO BÁSICO
15. REQUISITOS PARA SECTORES ESPECÍFICOS: BEBIDAS ALCOHÓLICAS, VENTAS EN LA VÍA PUBLICA, TRANSPORTE Y COMERCIALIZACIÓN DE CARNES Y DERIVADOS, COMERCIALIZACIÓN DE LECHE CRUDA PARA CONSUMO HUMANO.

DECRETO 1500 DE 2007
DECRETO 1880 DE 2011
DECRETO 162 DE 2021 (DECRETO 1686 DE 2012)
RESOLUCIÓN 604 DE 1993

Fecha de Expedición: 23 SEPT 2025

LUZ ANGELA PABÓN PARDO — **ASISTENTE**

Calle 21 No 9 - 06 Barrio Balmoral Celular: 313 256 53 99 Fusagasugá (Cundinamarca)



CERTIFICADO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

FOTO

NOMBRE: LILIANA CASTRO A.

DOCUMENTO: 1.071.168.743

MUNICIPIO: FUSAGASUGA

VENCE:

D	M	A
23	09	26

22664

DRA. LUZ ANGELA PABÓN PARDO

DSAAL-CMA-019-05-18 - SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 24.199

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	04 MES	2025 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	AFILIACION ARL
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

CASTRO ARIAS LILIANA JANETH	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	29 AÑOS 8 MESES 26 DÍAS	CC Tipo	1071168743 Número

Cargo: **AUXILIAR DE COCINA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: .

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : OPTOMETRIA, MEDICO GENERAL NUTRICION	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : USO EPP	CONTROL DE PESO
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SANA, PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS.
EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS 4 VECES A LA SEMANA INCLUIR ESTIRAMIENTOS MUSCULARES.
RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: _____

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA ESPERANZA

R. M.: 0698-03 L.S.O.: 2462-15

Código de Seguridad P1053V1B24199

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: CASTRO ARIAS LILIANA JANETH

CC: 1071168743