UNICA SEDE: CENTRO COMERCIAL SOCIAL CRA 23° N°94H-22
TELEFONO: 7899521-3108966661
Dr. ANTONIO CARLOS GOMEZ
MEDICO OCUPACIONAL LSO-5996/23

Dr. Antonio C Gómez

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL N°36699674

PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS- ENFASIS SINTOMATICO PIEL Y UÑAS

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	10 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
PARTICULAR	
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)			
	Genero	Documento de Identificación	
JHOAN SEBASTIAN CASALLAS PINILLA	MACULINO	CC	1.023.370.330
Apellidos y Nombres		Tipo	Numero

Cargo
AUXILIAR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y/O AFINES.

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS ✓	PARACLINICOS REALIZADOS KOH UÑAS- HF-PIEL Y UÑAS

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON ESPECIALISTA EN SU EPS DERAMTOLOGIA	CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ A PELIGROS USO DE EPP	PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES

RESULTADOS EXÁMENES PARACLINICOS SOLICITADOS

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
1. HF – FROTIS FARINGEO (hisopado faríngeo)	NEGATIVO PARA MICROORGANISMOS.
2. KOH – MICOLÓGICO UÑAS	NEGATIVO PARA MICROORGANISMOS.
3. COP- COPROLÓGICO-COPROPARASITARIO	NO APLICA
4. EXÁMEN MÉDICO CLINICO CON ÉNFASIS EN PIEL Y ANE. CUTANEOS	NORMAL

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 mi 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		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	INDICE DERECHO
Nombre: CC: 92027606 - ANTONIO CARLOS GOMEZ	Código de Seguridad	Nombre:	
R. M.: 5696 DE 26-07-2023 L.S.O.: RES.	D652J1P357255	CC:	

Scanned with CamScanner

UNICA SEDE: CENTRO COMERCIAL SOCIAL CRA 23° N°94H-22
TELEFONO: 7899521-3108966661
Dr. ANTONIO CARLOS GOMEZ
MEDICO OCUPACIONAL LSO-5996/23

Dr. Antonio C Gómez

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL N°36699678

PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS- ENFASIS SINTOMATICO PIEL Y UÑAS

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 (DÍA)	10 (MES)	2025 (AÑO)	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) (Ciudad)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

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

PARTICULAR	Empresa en misión
Nombre de la empresa	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)			
	Genero	Documento de Identificación	
FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ RIVAS	MASCULINO	CC (Tipo)	1.018.503.203 (Numero)
Apellidos y Nombres			

Cargo
AUXILIAR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y/O AFINES.

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD	
RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	✓	PARACLINICOS REALIZADOS KOH UÑAS- HF-PIEL Y UÑAS

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON ESPECIALISTA EN SU EPS NO APLICA	CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGUN MATRIZ A PELIGROS USO DE EPP	PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES

RESULTADOS EXÁMENES PARACLINICOS SOLICITADOS

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
1. HF – FROTIS FARINGEO (hisopado faringeo)	NEGATIVO PARA MICROORGANISMOS.
2. KOH – MICOLÓGICO UÑAS	NEGATIVO PARA MICROORGANISMOS.
3. COP- COPROLÓGICO-COPROPARASITARIO	NO APLICA
4. EXÁMEN MÉDICO CLINICO CON ÉNFASIS EN PIEL Y ANE. CUTANEOS	NORMAL

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 protegar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi 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: CC 92027608 - ANTONIO CARLOS GOMEZ

R. M.: 5696 DE 28-07-2023 L.S.O.: RES

Código de Seguridad
D652J1P357257

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre:

CC:

INDICE DERECHO

UNICA SEDE: CENTRO COMERCIAL SOCIAL CRA 23° N°94H-22
TELEFONO: 7899521-3108966661
Dr. ANTONIO CARLOS GOMEZ
MEDICO OCUPACIONAL LSO-5996/23

Dr. Antonio C Gómez

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL N°36699678

PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS- ENFASIS SINTOMATICO PIEL Y UÑAS

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 (DÍA)	10 (MES)	2025 (AÑO)	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) (Ciudad)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

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

PARTICULAR	Empresa en misión
Nombre de la empresa	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)			
	Genero	Documento de Identificación	
FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ RIVAS	MASCULINO	CC (Tipo)	1.018.503.203 (Numero)
Apellidos y Nombres			

Cargo
AUXILIAR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y/O AFINES.

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD	
RESTRICCIONES LABORALES	**TIPO**	**RECOMENDACIONES**
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	✓	PARACLINICOS REALIZADOS KOH UÑAS- HF-PIEL Y UÑAS

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON ESPECIALISTA EN SU EPS NO APLICA	CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGUN MATRIZ A PELIGROS USO DE EPP	PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES

RESULTADOS EXÁMENES PARACLINICOS SOLICITADOS

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
1. HF – FROTIS FARINGEO (hisopado faringeo)	NEGATIVO PARA MICROORGANISMOS.
2. KOH – MICOLÓGICO UÑAS	NEGATIVO PARA MICROORGANISMOS.
3. COP- COPROLÓGICO-COPROPARASITARIO	NO APLICA
4. EXÁMEN MÉDICO CLINICO CON ÉNFASIS EN PIEL Y ANE. CUTANEOS	NORMAL

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 protegar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi 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: CC 92027608 - ANTONIO CARLOS GOMEZ

R. M.: 5696 DE 28-07-2023 L.S.O.: RES

Código de Seguridad
D652J1P357257

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre:

CC:

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

Dr. Antonio C Gómez

UNICA SEDE: CENTRO COMERCIAL SOCIAL CRA 23° N°94H-22
TELEFONO: 7899521-3108966661
Dr. ANTONIO CARLOS GOMEZ
MEDICO OCUPACIONAL LSO-5996/23

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL N°3670044

PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS- ENFASIS SINTOMATICO PIEL Y UÑAS

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
PARTICULAR	
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)			
	Genero	Documento de Identificación	
JESÚS ANTONIO PINILLA	MASCULINO	CC	79.727.651
Apellidos y Nombres		Tipo	Numero

Cargo
PROPIETARIO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y/O AFINES.

Observaciones: NO APLICA

N/A	SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXÁMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	✓	PARACLINICOS REALIZADOS KOH UÑAS- HF-PIEL Y UÑAS

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON ESPECIALISTA EN SU EPS NO APLICA	CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ A PELIGROS USO DE EPP	PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES

RESULTADOS EXÁMENES PARACLINICOS SOLICITADOS

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
1. HF – FROTIS FARINGEO (hisopado faringeo)	NEGATIVO PARA MICROORGANISMOS.
2. KOH – MICOLÓGICO UÑAS	NEGATIVO PARA MICROORGANISMOS.
3. COP- COPROLÓGICO-COPROPARASITARIO	NO APLICA
4 EXÁMEN MÉDICO CLINICO CON ÉNFASIS EN PIEL Y ANE. CUTANEOS	NORMAL

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 mi 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 reintegre 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		Aspirante o Trabajador	
Firma:		Firma:	INDICE DERECHO
Nombre: CC. 92027608 - ANTONIO CARLOS GOMEZ	Código de Seguridad	Nombre:	
R. M.: 5696 DE 26-07-2023 L.S.O.: RES	D652J1P357257	CC:	

Powered by CamScanner

UNICA SEDE: CENTRO COMERCIAL SOCIAL CRA 23° N°94H-22
TELEFONO: 7899521-3108966661
Dr. ANTONIO CARLOS GOMEZ
MEDICO OCUPACIONAL LSO-5996/23

Dr. Antonio C Gomez

N°3670047

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL
PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS- ENFASIS SINTOMATICO PIEL Y UÑAS

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

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

PARTICULAR	Empresa en misión
Nombre de la empresa	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)	Genero	Documento de Identificación	
BERNARDO OSORIO GUARNIZO	MASCULINO	C.C (Tipo)	1.075.284.268 (Número)
Apellidos y Nombres			

Cargo
AUXILIAR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y/O AFINES.

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS ✓	PARACLINICOS REALIZADOS KOH UÑAS- HF-PIEL Y UÑAS

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON ESPECIALISTA EN SU EPS: NO APLICA	CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ A PELIGROS USO DE EPP	PRACTICAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES

RESULTADOS EXÁMENES PARACLINICOS SOLICITADOS

TIPO DE EXAMEN	RESULTADO
1. HF – FROTIS FARINGEO (hisopado faringeo)	NEGATIVO PARA MICROORGANISMOS.
2. KOH – MICOLÓGICO UÑAS	NEGATIVO PARA MICROORGANISMOS.
3. COP- COPROLÓGICO-COPROPARASITARIO	NO APLICA
4. EXÁMEN MÉDICO CLINICO CON ÉNFASIS EN PIEL Y ANE. CUTANEOS	NORMAL

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: CC: 92027606 - ANTONIO CARLOS GOMEZ

R. M.: 5696 DE 26-07-2023 L.S.O.: RES

Código de Seguridad
D652J1P357257

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre:

CC:

INDICE DERECHO

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ADRIANA LUCIA LOZANO TAPIA **Sexo:** F
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 1070594535 **Edad:** 37 años
Estatura: 1.50 **Peso: 74 K** **EPS**. CAPITAL SALUD : **RH**. O +
Empresa: PARTICULAR
Cargo: LOGISTICO
R/

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

El suscrito medico certifica que el citado paciente presenta buen estado de salud no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni de piel, ni pulmonar.

Examen físico general: normal

Exámenes de Laboratorios
Frotis de Garganta: Normal
Koh -Piel y Uñas: Normal
Coprológico: Normal

Por lo tanto, es apto para vivir en comunidad, realizar cualquier actividad física y poder manipular alimentos.

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador ADRIANA LUCIA LOZANO TAPIA
Nombre 1070594535
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ADRIANA LUCIA LOZANO TAPIA **Sexo:** F
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 1070594535 **Edad:** 37 años

FROTIS DE GARGANTA – KOH DE UÑAS – COPROLOGICO

RESULTADOS

FROTIS DE GARGANTA

Negativo

COCOS GRAM OSITIVOS
P.M.N. ESCASAS

FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE

KOH DE UÑAS

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS
MICOTICAS Y HONGOS.

COPROLOGICO

COLOR:	CAFE
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES	++
GRASAS NEUTRAS:	+

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador _____
Nombre _____
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL

FECHA: 30/04/2026

INFORMACION GENERAL:



NOMBRE DEL TRABAJADOR: BERNARDO CHILATRA TAPIERO **Sexo:** M
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero** : 79119311 **Edad:** 63 años
Estatura: 1.69 **Peso: 82 K** **EPS**. COMPENSAR : **RH**. O +
Empresa: PARTICULAR
Cargo: Coordinador Operativo
R/

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

El suscrito medico certifica que el citado paciente presenta buen estado de salud no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni de piel, ni pulmonar.

Examen físico general: normal

Exámenes de Laboratorios
Frotis de Garganta: Normal
Koh -Piel y Uñas: Normal
Coprológico: Normal

Por lo tanto, es apto para vivir en comunidad, realizar cualquier actividad física y poder manipular alimentos.

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador BERNARDO CHILATRA TAPIERO
Nombre 79119311
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: BERNARDO CHILATRA TAPIERO **Sexo:** M
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero** : 79119311 **Edad:** 63 años

FROTIS DE GARGANTA – KOH DE UÑAS – COPROLOGICO

RESULTADOS

FROTIS DE GARGANTA

Negativo

COCOS GRAM OSITIVOS
P.M.N. ESCASAS

FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE

KOH DE UÑAS

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS
MICOTICAS Y HONGOS.

COPROLOGICO

COLOR:	CAFE
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES	++
GRASAS NEUTRAS:	+

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador _____
Nombre _____
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: IVAN MAURICIO PEÑA HERNANDEZ **Sexo:** M
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 1109841197 **Edad:** 19 años
Estatura: 1.79 **Peso: 58 K** **EPS**: SALUD TOTAL **RH**. O +
Empresa: PARTICULAR
Cargo: LOGISTICA
R/

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

El suscrito medico certifica que el citado paciente presenta buen estado de salud no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni de piel, ni pulmonar.

Examen físico general: normal

Exámenes de Laboratorios
Frotis de Garganta: Normal
Koh -Piel y Uñas: Normal
Coprológico: Normal

Por lo tanto, es apto para vivir en comunidad, realizar cualquier actividad física y poder manipular alimentos.

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador IVAN MAURICIO PEÑA HERNANDEZ
Nombre 1109841197
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS
SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: IVAN MAURICIO PEÑA HERNANDEZ **Sexo:** M
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 1109841197 **Edad:** 19 años

FROTIS DE GARGANTA - KOH DE UÑAS - COPROLOGICO

RESULTADOS

FROTIS DE GARGANTA

Negativo

COCOS GRAM OSITIVOS
P.M.N. ESCASAS

FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE

KOH DE UÑAS

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS
MICOTICAS Y HONGOS.

COPROLOGICO

COLOR:	CAFE
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES	++
GRASAS NEUTRAS:	+

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador _____
Nombre _____
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JUAN DARIO FARFAN QUIROGA **Sexo:** M
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 7699251 **Edad:** 49 años
Estatura: 1.70 **Peso: 70 K** **EPS**. COMPENSAR : **RH**. O +
Empresa: PARTICULAR
Cargo: APOYO LOGISTICO
R/

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

El suscrito medico certifica que el citado paciente presenta buen estado de salud no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni de piel, ni pulmonar.

Examen físico general: normal

Exámenes de Laboratorios
Frotis de Garganta: Normal
Koh -Piel y Uñas: Normal
Coprológico: Normal

Por lo tanto, es apto para vivir en comunidad, realizar cualquier actividad física y poder manipular alimentos.

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador JUAN DARIO FARFAN QUIROGA
Nombre 7699251
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JUAN DARIO FARFAN QUIROGA **Sexo:** M
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 7699251 **Edad:** 49 años

FROTIS DE GARGANTA - KOH DE UÑAS - COPROLOGICO

RESULTADOS

FROTIS DE GARGANTA

Negativo

COCOS GRAM OSITIVOS
P.M.N. ESCASAS

FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE

KOH DE UÑAS

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS
MICOTICAS Y HONGOS.

COPROLOGICO

COLOR:	CAFE
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES	++
GRASAS NEUTRAS:	+

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador _____
Nombre _____
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: VIDAL TIQUE PRADA **Sexo:** M
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero** : 93444877 **Edad:** 47 años
Estatura: 1.70 **Peso: 73 K** **EPS**. SALUD TOTAL : **RH**. O +
Empresa: PARTICULAR
Cargo: TRABAJADOR
R/

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

El suscrito medico certifica que el citado paciente presenta buen estado de salud no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni de piel, ni pulmonar.

Examen físico general: normal

Exámenes de Laboratorios
Frotis de Garganta: Normal
Koh -Piel y Uñas: Normal
Coprológico: Normal

Por lo tanto, es apto para vivir en comunidad, realizar cualquier actividad física y poder manipular alimentos.

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador VIDAL TIQUE PRADA
Nombre 93444877
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: VIDAL TIQUE PRADA **Sexo:** M
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero** : 93444877 **Edad:** 47 años

FROTIS DE GARGANTA – KOH DE UÑAS – COPROLOGICO

RESULTADOS

FROTIS DE GARGANTA

Negativo

COCOS GRAM OSITIVOS
P.M.N. ESCASAS

FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE

KOH DE UÑAS

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS
MICOTICAS Y HONGOS.

COPROLOGICO

COLOR:	CAFE
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES	++
GRASAS NEUTRAS:	+

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador _____
Nombre _____
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: LEONEL MORALES AVILA **Sexo:** M
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 79648572 **Edad:** 50 años
Estatura: 1.64 **Peso: 51 K** **EPS**. CAPITAL SALUD : **RH**. O +
Empresa: PARTICULAR
Cargo: LOGISTICO
R/

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

El suscrito medico certifica que el citado paciente presenta buen estado de salud no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni de piel, ni pulmonar.

Examen físico general: normal

Exámenes de Laboratorios
Frotis de Garganta: Normal
Koh -Piel y Uñas: Normal
Coprológico: Normal

Por lo tanto, es apto para vivir en comunidad, realizar cualquier actividad física y poder manipular alimentos.

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador LEONEL MORALES AVILA
Nombre 79648572
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: LEONEL MORALES AVILA **Sexo:** M
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 79648572 **Edad:** 50 años

FROTIS DE GARGANTA - KOH DE UÑAS - COPROLOGICO

RESULTADOS

FROTIS DE GARGANTA

Negativo

COCOS GRAM OSITIVOS
P.M.N. ESCASAS

FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE

KOH DE UÑAS

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS
MICOTICAS Y HONGOS.

COPROLOGICO

COLOR:	CAFE
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES	++
GRASAS NEUTRAS:	+

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador _____
Nombre _____
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: XIOMARA PAOLA PEÑA HERNANDEZ **Sexo:** F
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 1006068691 **Edad:** 23 años
Estatura: 1.52 **Peso: 55 K** **EPS**: COMPENSAR **RH**. O +
Empresa: PARTICULAR
Cargo: LOGISTICA
R/

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

El suscrito medico certifica que el citado paciente presenta buen estado de salud no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni de piel, ni pulmonar.

Examen físico general: normal

Exámenes de Laboratorios
Frotis de Garganta: Normal
Koh -Piel y Uñas: Normal
Coprológico: Normal

Por lo tanto, es apto para vivir en comunidad, realizar cualquier actividad física y poder manipular alimentos.

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador XIOMARA PAOLA PEÑA HERNANDEZ
Nombre 1006068691
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS

SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: XIOMARA PAOLA PEÑA HERNANDEZ **Sexo:** F
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 1006068691 **Edad:** 23 años

FROTIS DE GARGANTA - KOH DE UÑAS - COPROLOGICO

RESULTADOS

FROTIS DE GARGANTA

Negativo

COCOS GRAM OSITIVOS
P.M.N. ESCASAS

FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE

KOH DE UÑAS

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS
MICOTICAS Y HONGOS.

COPROLOGICO

COLOR:	CAFE
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES	++
GRASAS NEUTRAS:	+

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador _____
Nombre _____
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS
SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: MARIA DELIS JUANIAS TIQUE **Sexo:** F
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 39723079 **Edad:** 57 años
Estatura: 1.50 **Peso: 56 K** **EPS**: COMPENSAR **RH**. B +
Empresa: PARTICULAR
Cargo: LOGISTICA
R/

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

El suscrito medico certifica que el citado paciente presenta buen estado de salud no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni de piel, ni pulmonar.

Examen físico general: normal

Exámenes de Laboratorios
Frotis de Garganta: Normal
Koh -Piel y Uñas: Normal
Coprológico: Normal

Por lo tanto, es apto para vivir en comunidad, realizar cualquier actividad física y poder manipular alimentos.

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador MARIA DELIS JUANIAS TIQUE
Nombre 39723079
C.C. No _____

MEDIC-TECIPS
SALUD OCUPACIONAL



FECHA: 30/04/2026

NOMBRE DEL TRABAJADOR: MARIA DELIS JUANIAS TIQUE **Sexo:** F
Documento de Identidad: C.C. **X** T.I. C.E. **Numero**: 39723079 **Edad:** 57 años

FROTIS DE GARGANTA - KOH DE UÑAS - COPROLOGICO

RESULTADOS

FROTIS DE GARGANTA

Negativo

COCOS GRAM OSITIVOS
P.M.N. ESCASAS

FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE

KOH DE UÑAS

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS
MICOTICAS Y HONGOS.

COPROLOGICO

COLOR:	CAFE
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES	++
GRASAS NEUTRAS:	+

Medico:
Firma: Firma: _____
Nombre: Dr. Luciana Montejo
Reg. Medico 72348909 R. M: 8572 DE 26/ 08/ 2017

Trabajador _____
Nombre _____
C.C. No _____