MADACA
Manipulación de Alimentos con Calidad
CERTIFICADO No.
2502238

CAPACITACIÓN EN BUENAS PRÁCTICAS DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

En cumplimiento del Articulo 12
de la Resolución 2674 de 2013

10 Horas

Geraldine Parra Garcia

1.015.425.517

Capacitador

Ing. Ricardo Osorio Angulo

Vencimiento **6-dic.-2026**

Resolución No. 302 Secretaria de Salud - Bogotá

MADACA
Manipulación de Alimentos con Calidad

Carrera 24 No. 67 - 28 Oficina 315 - 335 C.C.Las Rampas
Celular: 3155556666 - 3152166587
E-mail: grupomadaca@gmail.com
Bogotá (Colombia)

Nombre:	Código y Versión	Paginado
CERTIFICACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL	FO-GI-01	1 de 1

DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
NOMBRES: GERALDINE PARRA GARCIA		**Identificación:** CC 1015425517
Sexo: femenino	**Edad:** 34 años	**Fecha de Nacimiento:** 31/08/1991
Nacionalidad: colombiana		**Escolaridad:** secundaria
Ocupación: Aux cocina		**EPS:** NUEVA EPS
Teléfono: 3123302272		**Hemoclasificación:** O (+)
Fecha de elaboración: 06/12/2025		

EXAMEN FÍSICO	
Signos vitales	
Frecuencia respiratoria: 20 RPM	**Frecuencia cardíaca**: 92 LPM
Temperatura: 36,3 °C	**Tensión arterial:** 128/75 mg
Saturación de O_2: 92%	
Examen cefalocaudal: SATISFACTORIO	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL
Recomendaciones: Uso de elementos de protección personal, pausas activas, higiene postural. Capacitación en manejo adecuado de cargas. Hábitos saludables. Pausas activas cada 2 horas en el puesto de trabajo.
Antecedentes y/o información al SIVIGILA: No aplica
Restricciones y/o Remisiones: No aplica

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL: APTO
SINTOMÁTICO RESPIRATORIO: NEGATIVO
SINTOMÁTICO DE PIEL: NEGATIVO

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 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 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.

DANIEL MAURICIO ANDRADE FORERO **RM 8562/2015** **SALUD LABORAL**	