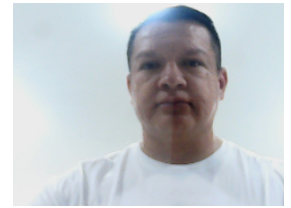


FECHA DE EXAMEN 19/02/2026 12.00 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	Nit	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	e-mail	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	JUAN FERNANDO				Apellidos	POSSO SOLARTE				
Identificación	CC	1032380006		Edad	39 Años	Genero	M	Grupo sanguíneo	O +	
Procedencia	Lugar de nacimiento		DAGUA (VALLE)			Fecha de nacimiento		28/11/1986	Estrato	4
Estado civil	Soltero (a)		Escolaridad	Profesional		Teléfonos	3183899312			
Departamento	Valle Del Cauca		Municipio	Cali		Dirección	CIUDAD 2000			
EPS	OTROS									
ARL	SURA			Fondo de Pensiones			COLPENSIONES			

DATOS EMPRESA

EMPRESA	MARIAS F&B		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	SEDE	NO REFIERE
CARGO	OPERARIO DE PANADERIA Y REPOSTERIA	SECCION O AREA	NO REFIERE
FECHA DE INGRESO	SIN INFORMACION	JORNADA DE TRABAJO	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL PARA MANIPULAR ALIMENTOS	CAPACITACION MANIPULACION DE ALIMENTOS	COPROLOGICO
FROTIS FARINGEO	KOH (UNAS)	

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo .
CONCEPTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	Apto .

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES	HIGIENE POSTURAL HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES PAUSAS ACTIVAS DE TRABAJO USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN EXPOSICIÓN EJERCICIO HABITUAL Y DIETA BALANCEADA		
	SALUD OCUPACIONAL		
	Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención	Higiene postural	Pausas activas
	Ejercicio habitual	Hábitos de vidas saludable	Manejo de estrés
	Dieta balanceada	Uso de corrección óptica	
INGRESO A SVE			
SVE (Ergonómico)	SVE (Psicolaboral)	SVE (Visual)	

Nombres y Apellidos

JUAN FERNANDO POSSO SOLARTE

Identificación

CC

1032380006

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa.

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.



Luz Marina Osorio Orozco
Médica y
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 2242191 - Licencia SST: 1997/1016 SSPU

LUZ MARINA OSORIO OROZCO
C.C 31930029 RM: L.S.O 0307-
Firma y sello del Médico Evaluador



JUAN FERNANDO
C.C 1032380006
Firma del trabajador Evaluado

