Evidencias altovar 30 de junio de 2026




30/06/2026, 2:28:13 p.m.
Medellín
Antioquia
Colombia
Sena De Pedregal

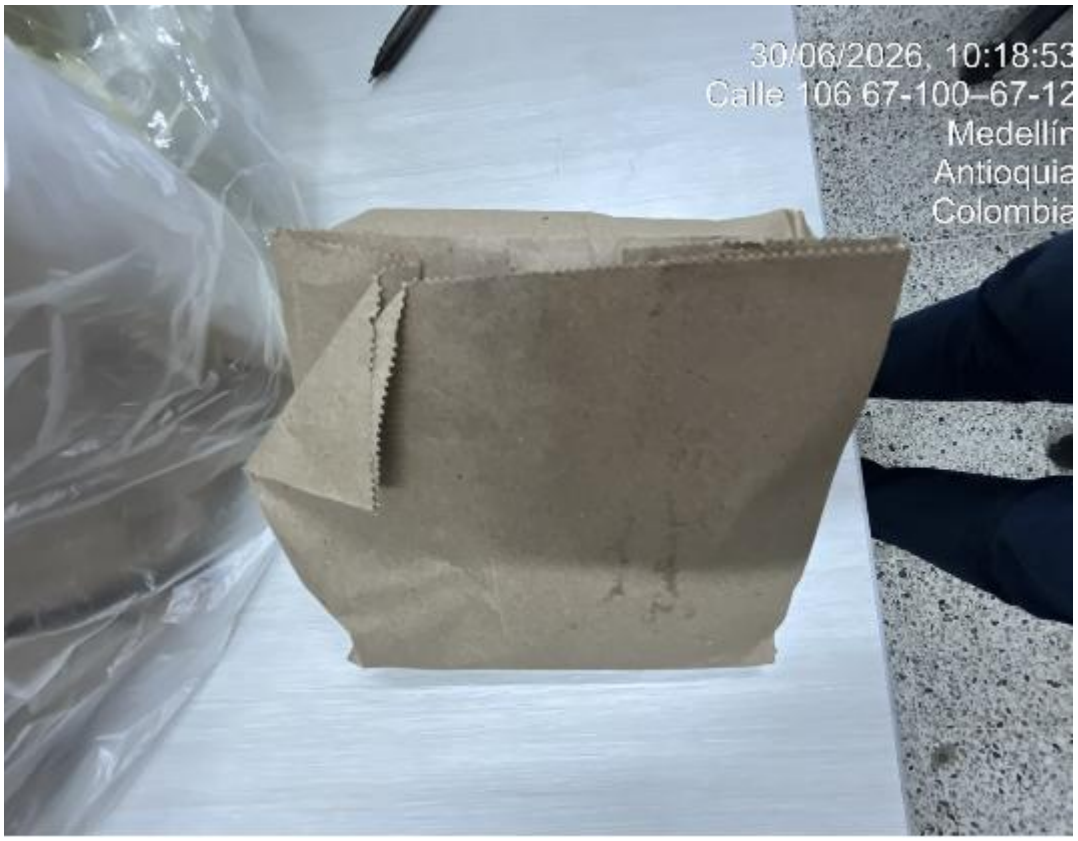

30/06/2026, 2:29:44 p.m.
Medellín
Antioquia
Colombia
Sena De Pedregal


30/06/2026, 2:29:25 p.m.
Medellin
Antioquia
Colombia
Sena De Pedregal


30/06/2026, 10:19:16
Calle 106 67-100-67-12
Medellin
Antioquia
Colombia
02/07/2026
RANCHERO


FRUTAS
TROPICALES
PARA RECICLAR,
INSERTA
EL PITILLO


30/06/2026, 10:18:59
Calle 106 67-100–67-12
Medellín
Antioquia
Colombia


30/06/2026, 10:18:53
Calle 106 67-100–67-12
Medellín
Antioquia
Colombia


30/06/2026, 10:18:36
Calle 106 67-100–67-12
Medellín
Antioquia
Colombia
RANCHERO

#15

PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO CONTROL PARTICIPACIÓN ACTIVIDADES DE BIENESTAR DEL APRENDIZ

FECHA Y HORA: 30 Junio - 2026
REGIONAL Y CENTRO DE FORMACIÓN:
OBJETIVO ESTRATÉGICO DEL PLAN:
OBJETIVO OPERATIVO DEL PLAN:
ACTIVIDAD A REALIZAR: taller de habilidades blandas
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:

NOMBRES APELLIDOS DEL APRENDIZ	TIPO DE DOCUMENTO	# DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	GÉNERO	NÚMERO DE FICHA	MODALIDAD DE FORMACIÓN	PROGRAMA DE FORMACIÓN	JORNADA DE FORMACIÓN	NIVEL DE FORMACIÓN	CENTRO DE FORMACIÓN DEL APRENDIZ/EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA DEL APRENDIZ (Todos los diligenciados en adelante de manera física)
Alejandra Mateo	TI	1023347703	M	3415808	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3149657704	Alejandra Mateo
José Manuel Ayala	TI	1179[illegible]873	M	3415808	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3242406460	José Manuel Ayala
Karen Moreno	TI	1120721404	F	3415809	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3242384616 3016046446	Karen Moreno
Juan Ayala	TI	1025100776	M	3415808	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	[illegible]	Juan Ayala
Maddelyne Ospina	TI	1013349335	F	3415808	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3046616987	Made
Isabella Correa	TI	1083944668	F	3415808	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3011351633	Isabella.
Sebastian Grajales	PPF	7256040	M	3415808	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3275475483	[illegible]
Mariangel Carrizo	PPF	7984926	F	3415808	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3146[illegible]590	[illegible]
David Cano	TI	1028[illegible]589	M	3415808	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3011780[illegible]5	[illegible]
Brayan Monsalve	CC	1023[illegible]982	M	3415808	presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3019723181	Brayan M.
Cristopher Gaviria U	TI	1016[illegible]432	M	3415808	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3116739811	[illegible]
Juan Fer Henao	CC	713121123	M	3415808	presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3146790217	Juan Fer
Alejandro David	TI	1023538164	M	3415808	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3246766691	[illegible]
Horacio Cano	CC	71711[illegible]	M	3415808	Presencial	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3023956[illegible]	[illegible]
[illegible]	CC	1036[illegible]	F	3415808	Aprendiz	T.M.R.E	Tarde	Técnico	CDHC	[illegible]	3046379920	[illegible]

Evidencias 26 de junio Alimentación.






CRISTAL
el agua de vida
24
BOTELLAS
CONT. NETO: 7.2 L (24 UNIDADES DE 300 ml)
26/06/2026 09:12


MANGO
EL PITILLO


26/06/2026, 5:25:27 p.m.
Medellín
Antioquia
Colombia
Sena De Pedregal


26/06/2026, 5:27:40 p.m.
Medellín
Antioquia
Colombia
Sena De Pedregal


26/06/2026, 5:26:34 p.m.
Medellín
Antioquia
Colombia
Sena De Pedregal

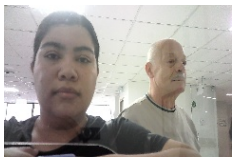

26/06/2026, 10:06:24 p.m.
Medellín
Antioquia
Colombia
Sena De Pedregal


26/06/2026 09:12


26/06/2026 09:09


26/06/2026 09:08

CONCEPTO MEDICO INGRESO MANIPULACION DE ALIMENTOS



H.C.: 1234989131-444468

Fecha y Lugar: 19/01/2026 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
ALTOVAR COCINA INDUSTRIAL
NIT: 901232924
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 49 37 35 P 3
Teléfono: 4796014 - 3244158505
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: banquetesaltovar25@gmail.com

Actividad Económica:
Catering para eventos.

Nivel de Riesgo: 3

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	KELLYN DAYANA SALAS RIVAS		**Identificación:**	1234989131	**Rh:** RH O+
Género:	FEMENINO	**Edad:** 29	**Teléfono:**	3128363532	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	28/03/1996 MEDELLIN		**Cargo:**	AUXILIAR	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	TECNOLÓGICO	
Dirección:	ENCISO MEDELLIN		**EPS:**	EPS SURA	
ARL:	SURA		**AFP:**	PORVENIR S.A.	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO
CUMPLE PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
LAVARSE LAS MANOS Y ANTEBRAZOS CUANTAS VECES SEA NECESARIO CON AGUA Y JABÓN ANTIBACTERIAL. MANTENER LAS UÑAS CORTAS, LIMPIAS Y SIN ESMALTES. MANTENER EL CABELLO LIMPIO Y CUBIERTO CON GORRO. EVITAR EL USO DE ACCESORIOS COMO ANILLOS, ARETES Y PEARCING.
REALIZAR EVALUACION DE MANIPULACION DE MANERA ANUAL
CUANDO PRESENTE DURANTE EL DESARROLLO DE SUS TAREAS COMO MANIPULADOR LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, RINORREA O TOS AGUDA Y ENFERMEDADES DE LAS MANOS CON SECRECIÓN O HERIDAS ABIERTAS, DEBE EVITAR LA MANIPULACION DE ALIMENTOS.
ADECUADA INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.
SE LE REALIZÓ EXAMEN DE KOH DE UÑAS, FROTIS FARINGEO Y COPROLOGICO.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

COPROLOGICO	REALIZADO
FROTIS FARINGEO	REALIZADO
KOH DE UÑAS MANOS	REALIZADO
ENFASIS DERMATOLOGICO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

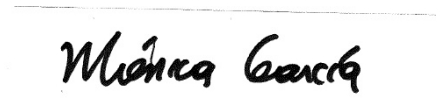
NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de

conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.







Medico Especialista en Salud Laboral	Firma y cédula del Paciente
MONICA PAOLA GARCIA ABUABARA	KELLYN DAYANA SALAS RIVAS
2024060080201 reg	1234989131

CONCEPTO MEDICO INGRESO MANIPULACION DE ALIMENTOS



H.C.: 1036337728-444469

Fecha y Lugar: 19/01/2026 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante:
ALTOVAR COCINA INDUSTRIAL
NIT: 901232924
Empresa en Misión: -

Dirección: CL 49 37 35 P 3
Teléfono: 4796014 - 3244158505
Ciudad: MEDELLIN
E-Mail: banquetesaltovar25@gmail.com

Actividad Económica:
Catering para eventos.

Nivel de Riesgo: 3

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre:	CRISTHIAN YOHAN POSSO POSSO		**Identificación:**	1036337728	**Rh:** RH O+
Género:	MASCULINO	**Edad:** 35	**Teléfono:**	3106408326	**Móvil:**
Fecha y Lugar de Nacimiento:	27/10/1990 PEQUE		**Cargo:**	CHEFF	
Estado Civil:	SOLTERO(A)		**Escolaridad:**	BACHILLERATO	
Dirección:	LA MILAGROSA MEDELLIN		**EPS:**	SAVIA SALUD	
ARL:	SURA		**AFP:**	NO REPORTA	

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO
CUMPLE PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

4. OBSERVACIONES

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
LAVARSE LAS MANOS Y ANTEBRAZOS CUANTAS VECES SEA NECESARIO CON AGUA Y JABÓN ANTIBACTERIAL. MANTENER LAS UÑAS CORTAS, LIMPIAS Y SIN ESMALTES. MANTENER EL CABELLO LIMPIO Y CUBIERTO CON GORRO. EVITAR EL USO DE ACCESORIOS COMO ANILLOS, ARETES Y PEARCING.
REALIZAR EVALUACION DE MANIPULACION DE MANERA ANUAL
CUANDO PRESENTE DURANTE EL DESARROLLO DE SUS TAREAS COMO MANIPULADOR LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, RINORREA O TOS AGUDA Y ENFERMEDADES DE LAS MANOS CON SECRECIÓN O HERIDAS ABIERTAS, DEBE EVITAR LA MANIPULACION DE ALIMENTOS.
ADECUADA INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA.
SE LE REALIZÓ EXAMEN DE KOH DE UÑAS, FROTIS FARINGEO Y COPROLOGICO.

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

KOH DE UÑAS MANOS	REALIZADO
FROTIS FARINGEO	REALIZADO
COPROLOGICO	REALIZADO
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	REALIZADO
ENFASIS DERMATOLOGICO	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NO

'CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CONCEPTO MEDICO
Declaro que he asistido a los servicios de salud ocupacional de LABORA VITAL IPS de manera autónoma y sin presiones. Igualmente declaro que previo a la realización de la evaluación se me ha explicado de forma clara y detallada en qué consiste, sus beneficios, contraindicaciones, posibles riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención y los relacionados con mi situación particular y por ello consiento a su práctica.
La valoración y complementación diagnóstica me la realizo de acuerdo a las indicaciones de la empresa para la cual aspiro trabajar, trabajo, o trabajé, de la cual obtendré el beneficio de conocer mi estado de salud y si es acorde o no con el cargo para el cual fui o seré contratado.
Manifiesto que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y sobre el oficio a desempeñar y que toda la información expresada durante la valoración y en este documento es cierta. Así mismo me comprometo a atender las orientaciones, instrucciones y prescripciones del médico especialista en salud ocupacional, los representantes del empleador y las autoridades de salud y a efectuar todas las acciones para lograr el mantenimiento o mejoría de mi estado de salud.
Además, autorizo expresamente a Labora Vital IPS, para que informe al(los) responsables del programa de salud ocupacional de la empresa en mención al inicio de este documento sobre las condiciones de mi estado de salud que pudieran estar relacionadas con la exposición a factores de riesgo laboral para que se tomen las medidas de prevención y control y para la implementación de la intervención de programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con los riesgos individuales según el caso. Dejo expresa constancia que por tratarse de datos sensibles relativos a mi salud y mi derecho a la intimidad de

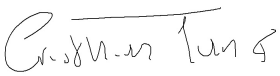
conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 artículo 6, se me informó y aclaró expresamente que no me encontraba en la obligación de suministrarlos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
Manifiesto que para efectos del artículo 9º de la Ley 1581 de 2012 y del artículo 5º del Decreto 1377 de 2013, o demás normas que modifiquen o sustituyan, autorizo a la IPS LABORA VITAL IPS, identificada con NIT 900 628 918-7 para la recolección y uso de los siguientes datos personales para fines: Comerciales, fidelización, científicos, médicos, estadísticos, prevención de enfermedades, promoción de la salud. Autorizo a IPS LABORA VITAL IPS a que me tomen registros fotográficos y que estos sean usados para llevar una documentación e ilustración de mi tratamiento y para efectos docentes y científicos.
Después de leer este documento en pleno uso de mis facultades mentales, libre y consciente, declaro bajo mi responsabilidad, que entiendo y acepto todos los posibles beneficios, contraindicaciones, riesgos, alternativas terapéuticas e implicaciones de la atención.





Medico Especialista en Salud Laboral
MARIA JOHANNA ACOSTA SALGADO
2021 233048



Firma y cédula del Paciente
CRISTHIAN YOHAN POSSO POSSO
1036337728