FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- Teléfono: 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

PRIMER INFORME

DESEMBOLSO 1

PRESENTADO A LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DE SAN ANDRES SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

Prestación de servicios profesionales y técnicos de atención integral de dia y de noche a 35 personas mayores, en situación de abandono, desprotección y/o vulnerabilidad, conforme a los criterios de la Ley 1276 de 2009 modificada por la Ley 1850 de 2017, con el fin de garantizar su protección y atención digna en San Andrés Isla.

ELABORADO POR:

+Mons. JAIME URIEL SANABRIA ARIAS
Representante legal

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- ***Teléfono:*** 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

San Andrés Isla, junio 27 de2024.

Señores:
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
Doctora: JOHANA WILCHES DIMAS
Secretaria de Desarrollo
San Andrés

ASUNTO: Presentación del primer informe sobre la ejecución del contrato CO1PCCNTR.6363944 como el DESEMBOLSO 1.

Paz y Bien;

Me permito remitirle el primer informe, sobre la ejecución del contrato CO1PCCNTR.6363944 como el DESEMBOLSO 1.de acta de inicio de Mayo 29 de 2024, CDP2607 - RP2637.

El informe corresponde a la ejecución pactada en el numeral 3.3.3. como DESEMBOLSO1. Al recibir un pago anticipado correspondiente al 30% del valor total del contrato, suscrita el acta y desarrolladas las actividades e invertidas en la atención integral del Adulto Mayor y en el cumplimiento de las obligaciones y entregables, descritos en este informe a continuación.

No siendo más el motivo de la misma, me suscribo de ustedes.

+ Jaime Uriel Sanabria A.

Mons. JAIME URIEL SANABRIA ARIAS.
Representante legal.

San Andrés Isla, Junio 29 de 2024

Señores:
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL
Doctora: JOHANA WILCHES DIMAS
Secretaria de Desarrollo
San Andrés

Asunto: INFORME DESEMBOLSO 1. CO1PCCNTR6363944

Saludo de Paz y Bien en el nombre de nuestro señor Jesucristo:

Me permito adjuntar la documentación correspondiente al INFORME DESEMBOLSO 1 asi:

INFORMACION GENERAL

NUMERO DEL CONTRATO	*CO1.PCCNTR6363944 - CDP2607 - RP2637*
NOMBRE DEL CONTRATO	*Prestación de servicios profesionales y técnicos de atención integral de dia y de noche a 35 personas mayores, en situación de abandono, desprotección y/o vulnerabilidad, conforme a los criterios de la Ley 1276 de 2009 modificada por la Ley 1850 de 2017, con el fin de garantizar su protección y atención digna en San Andrés Isla.*
ENTIDAD CONTRATANTE	*Gobernación Departamental del Archipiélago de San Andrés providencia y santa Catalina*
ENTIDAD CONTRATADA	*Fundación Hogar del anciano San Pedro Claver*
NIT	*892,400,442-5*
DURACION DEL CONTRATO	*SEIS MESES*
FECHA DE INICIO CONTRATO	*MAYO 23 DE 2024*
FECHA TERMINACION	*NOVIEMBRE 23 DE 2024*
FECHA ACTA DE INICIO	*MAYO 29 DE 2024*
VALOR DEL CONTRATO	*$ 704.905.706,00*

DESEMBOLSO NUMERO 1

OBLIGACION	*ENTREGABLE*
hojas de vida del talento humano a vincular para su aprobación.	*informe del Talento humano relacion hojas de vida de los candidatos a vincular de acuerdo al proyecto para 18 cargos de planta y 3 profesionales por orden de servicios*
Listado de las 35 personas Adultas mayores beneficiarias	*Listado de Adultos Mayores al mes de Mayo de 2024 correspondiente a 30 A.M. 20 hombres y 10 mujeres. Registrados como población especial de Registro de Adultos Mayores residentes en CBA. 23 de los Asilados.*
Minuta Nutricional para cada una de las raciones alimentarias al mes	*Minuta Nutricional Patrón para Adulto Mayor adaptada a los hábitos alimenticios de la región y a la disponibilidad de alimentos locales.*
Presentar formato de registro de la ración alimentaria individual para su aprobación.	*Presentación del Diseño del formato de registro de la ración alimentaria individual para el Adulto Mayor. Identificado a nivel de imagen y confrontado con su huella dactilar como registro de consumo de la ración individual diaria.*
Informe del estado General a nivel médico, nutricional, psicológico y social de cada Adulto Mayor.	*Información General Médico, nutricional, psicológica y social por Adulto Mayor de acuerdo a su estado actual con su diagnostico*
Cronograma de atención en salud programadas para el mes por la entidad promotora de salud por cada adulto Mayor, en posición de desplazamiento.	*Cronograma de Atención en salud por parte de la promotora para cada Adulto Mayor identificado con su nombre, fecha y lugar de atención para su desplazamiento y/ o visita en el Hogar del anciano San Pedro Claver.*
Cronograma de las actividades Recreativas programadas mensualmente para los Adultos Mayores.	*Cronograma de Actividades grupales e individuales a desarrollar durante el mes con dos actividades semanales, su objetivo, interrelación y aplicabilidad en relacion al número de participantes.*
Plan de acompañamiento psicosocial para los Adultos Mayores durante las sesiones individuales o grupales.	*Descripción del plan Psicosocial aplicado a los Adultos Mayores de forma individual o grupal de acuerdo al acompañamiento profesional, de forma mensual.*

Para dar cumplimiento a lo acordado en el numeral 3.3.3. Condiciones del contrato – Forma de pago y una vez cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y previa suscripción del acta de inicio de fecha 29 de Mayo de 2024, El pago anticipado deberá ser invertido en la atención integral el adulto Mayor y en el cumplimiento de los siguientes entregables según relacion arriba descrita asi:

ENTREGABLES

INFORME DEL TALENTO HUMANO: De acuerdo a la plantilla de la proyección para cada uno de los cargos provistos en el presente contrato CO1.PCCNTR6363944, aceptada por la secretaría de Desarrollo me permito adjuntar las hojas de vida y relacionar los nombres de los provistos para los cargos solicitados.

CARGOS PROVISTOS PARA CONTRATACION CO1PCCNTR6363944

ITEM	CEDULA	NOMBRE CANDIDATO	CARGO PROVISTO	SALARIO BASICO
1	20.586.729	ELBA ELIANA INTENCIPA SARM	JEFE DE PERSONAL	$ 2.584.250
2	1.123.620.935	DIANA MARIA MUÑOZ MENCO	JEFE ENFERMERA	$ 2.584.250
3	1.140.822.752	VICTORIA EUGENIA NARANJO WIESNER	AUXILIAR ENFERMERA	$ 1.458.000
4	1.043.010.651	YERLIS CABALLERO GUETTE	AUXILIAR ENFERMERA	$ 1.458.000
5	1.123.628.249	JANNIFER JUSETY BANQUEZ	AUXILIAR ENFERMERA	$ 1.458.000
6	40.987.573	LAURA DEBORA BENT ARCHBOLD	CUIDADORA	$ 1.458.000
7	40.987.570	ANA ELIZABETH PATIÑO HOOKER	CUIDADORA	$ 1.458.000
8	40.987.372	CARMELINDA BENT JAY	CUIDADORA	$ 1.458.000
9	40.993.304	ETSEL NELSON ARCHBOLD	MANIPULADORA AYB	$ 1.458.000
10	40.993.352	YOLIMA YIDID BARKER	MANIPULADORA AYB	$ 1.458.000
11	39.154.121	MARTHA PUELLO SANTOS	SUPERNUME	$ 1.458.000
12	73.130.125	ENRRIQUE ESCORCIA FUENTES	MMTTO	$ 1.745.000

13	32.727.436	ELSA ESTHER MORRON CHARRIS	SERVICIOS GENERALES	$ 1.458.000
14	34.610.479	ELIS ELENA VALENCIA QUINTERO	SERVICIOS GENERALES	$ 1.458.000
15	1.123.620.292	CINDY JOHANA PUELLO GONZALEZ	SERVICIOS GENERALES	$ 1.458.000
16	40.987.914	LILIANA BENT PEREZ	SERVICIOS GENERALES	$ 1.458.000
17	73.573.083	LEONARDO PEREZ PITALUA	CELADOR	$ 1.458.000
18	18.011.428	JOERGSEN WARREN BENT SMITH	CELADOR	$ 1.458.000

Este personal estaría de planta iniciando las actividades el 29 de mayo de 2024 de acuerdo al acta de inicio firmada. Los tres profesionales que estarían por prestación de servicios serian:

19	1.123.638.988	DELFIS DEL CARMEN MARTINEZ SIERRA	RECREACIONISTA	$ 1.712.000
20	1.123.631.533	KAREN LORENA CAUSIL GUARDIA	PSICOLOGA	$ 1.712.000
21	18.011.428	SAUL ENRRIQUE BARRIOS MARIMON	FISIOTERAPEUTA	$ 1.712.000

Adjunto las hojas de vida correspondientes a los departamentos asi:

CARGO	***NUMERO***
JEFE DE TALENTO HUMANO	1
ENFERMERA JEFE	1
AUXILIAR DE ENFERMERIA	3
CUIDADORAS	3
MANUPULADORAS DE ALIMENTOS	2
SUPERNUMERARIA	1
MANTENIMIENTO	1
SERVICIOS GENERALES	4
VIGILANTES	2
RECREACIONISTA	1
PSOCOLOGO	1
FISIOTERAPUETA	1
TOTAL PERSONAL PROVISTO	**21**

VICARIATO APOSTOLICO DE SAN ANDRES PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA. NIT 892,400,068-3

2024

8,1 PROYECCION DE CADA UNO DE LOS CARGOS A SER PROVISTOS EN EL AÑO 2024 EN EL HOGAR DEL ANCIANO SAN PERDRO CLAVER

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
CARGO	SALARIO BASICO	SUBSIDIO DE TRANSPORTE	DOMINICAL COMPENSADO	PRIMA SEMEST	INTERE/CESANT	VACACIONES	CAJASAI	ICBF	SENA	ARP	PENSION	SALUD	CESANTIAS	VALOR CARGO APROPIACION
				8.33%	1.00%	4.17%	4.00%	3.00%	2.00%	0.52%	12.00%	8.50%	8.33%	
JEFE TALENTO H	$ 2,584,250	$ -		$ 215,268	$ 25,843	$ 107,763	$ 103,370	$ 77,528	$ 51,685	$ 13,490	$ 310,110	$ 219,661	$ 215,346	$ 3,924,313
ENFERMERA JEFE.	$ 2,584,250	$ -		$ 215,268	$ 25,843	$ 107,763	$ 103,370	$ 77,528	$ 51,685	$ 13,490	$ 310,110	$ 219,661	$ 215,346	$ 3,924,313
AUX ENFERM	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ 147,091	$ 17,658	$ 60,799	$ 70,632	$ 52,974	$ 35,316	$ 9,217	$ 211,896	$ 150,093	$ 147,144	$ 2,668,620
CUIDADORA	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ 147,091	$ 17,658	$ 60,799	$ 70,632	$ 52,974	$ 35,316	$ 9,217	$ 211,896	$ 150,093	$ 147,144	$ 2,668,620
MANIPULADOR AYB	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ 147,091	$ 17,658	$ 60,799	$ 70,632	$ 52,974	$ 35,316	$ 9,217	$ 211,896	$ 150,093	$ 147,144	$ 2,668,620
SUPER NUMERARIA	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ 147,091	$ 17,658	$ 60,799	$ 70,632	$ 52,974	$ 35,316	$ 9,217	$ 211,896	$ 150,093	$ 147,144	$ 2,668,620
MANTENIMIENTO	$ 1,745,000	$ 162,000	$ 174,500	$ 173,389	$ 20,815	$ 72,767	$ 83,260	$ 62,445	$ 41,630	$ 10,865	$ 249,780	$ 176,928	$ 173,451	$ 3,146,830
SERVICIOS GENERAL	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ 147,091	$ 17,658	$ 60,799	$ 70,632	$ 52,974	$ 35,316	$ 9,217	$ 211,896	$ 150,093	$ 147,144	$ 2,668,620
VIGILANTE	$ 1,458,000	$ 162,000	$ 145,800	$ 147,091	$ 17,658	$ 60,799	$ 70,632	$ 52,974	$ 35,316	$ 9,217	$ 211,896	$ 150,093	$ 147,144	$ 2,668,620

8,2 FACTORES EXPRESADOS EN LA TABLA

1	SALARIO BASICO	2	DIAS FESTIVO Y RECARGOS	3	SUBSIDIO DE TRANSPORTE	4	PRIMA SEMESTRAL	5	INTERESES CESANTIAS
6	VACACIONES	7	CAJASAI	8	INST COL BIENESTAR FAMILIAR	9	SENA	10	ADM DE RIESGO
11	PENSION	12	SALUD	13	CESANTIAS	14	VALOR DE CADA CARGO A PROVEER		

8.4.-PROYECCIÓN DEL VALOR POR SEIS MESES SEGÚN EL NÚMERO DE CARGOS Y EL VALOR DE CADA CARGO+ OTROS FACTORES

CARGOS	No. DE CARGOS A PROVEER	VALOR MENSUAL EN PESOS COLOMBIANOS	VALOR POR SEIS (6) MESES EN PESOS COLOMBIANOS
JEFE DE TALENTO HUMANO	1	$ 3,924,314	6 $ 23,545,884
ENFERMERA JEFE	1	$ 3,924,314	6 $ 23,545,884
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	3	$ 2,668,009	6 $ 48,024,162
CUIDADORAS	3	$ 2,668,009	6 $ 48,024,162
MANIPULADORAS A Y B	2	$ 2,668,009	6 $ 32,016,108
SUPERNUMERARIA	1	$ 2,668,009	6 $ 16,008,054
MANTENIMIENTO	1	$ 3,146,188	6 $ 18,877,128
SERVICIOS GENERALES	4	$ 2,668,009	6 $ 64,032,216
VIGILANTES	2	$ 2,668,009	6 $ 32,016,108
CONTRATACION DE UN (A) RECREACIONISTA PARA REALIZAR ACTIVIDADES LUDICAS Y CULTURALES A LOS ADULTOS MAYORES	1	$ 1,712,000	6 $ 10,272,000
CONTRATACIÓN DE UN (A) PSICOLOGO PARA ATENDER 8 AM X SEMANA X $53.500	1	$ 1,712,000	6 $ 10,272,000
CONTRATACIÓN UN (A).FISIOTERAPEUTA PARA ATENDER ADULTOS MAYORES	1	$ 1,712,000	6 $ 10,272,000
CONTRATACION PERSONAL		**$ 32,138,870**	**$ 336,905,706.00**

CONCEPTO			
8.2 SERVICIO DE ALOJAMIENTO			
8.2 ALOJAMIENTO 35 AM: 35 X 395.000 X 8 MESES	$ 13,825,000.00	6	$ 82,950,000.00
8.3 SERVICIO DE ALIMENTACION			
8.3 ALOJAMIENTO AM: 35 X $ 43.900 X 30	$ 46,095,000.00	6	$ 276,570,000.00
8.4 OTROS GASTOS PARA LA ATENCION AM D/N			
8.4 CELEBRACION DEL DIA DEL ADULTO MAYOR	$ 8,480,000.00	1	$ 8,480,000.00
VALOR FINAL DEL PROYECTO			***$ 704,905,706***

SON: SETECIENTOS CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL SETECIENTOS SEIS PESOS ML.

NUMERO A.M.	35
VALOR ANUAL POR UN A.M.	$ 20,140,163
VALOR MENSUAL POR UN A.M.	$ 1,678,347
VALOR DIARIO DE UN A.M.	$ 55,945

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

HOJAS DE VIDA

DEPARTAMENTO

JEFE DE TALENTO HUMANO

2024

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
INTENCIPA	SAREMIENTO	ELBA ELIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 20.586.729	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
FECHA	DÍA 06 MES 10 AÑO 1968	FUNDACIO HOGAR DEL ANCIANO	
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS COLOMJBIA	DEPTO SAN ANDRES
DEPTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SAN ANDRES	
MUNICIPIO	GACHETA	TELÉFONO 3117074707	EMAIL intencipa06@hotmaiil.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1988

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4			AUXILIAR DE ENFERMERIA	04	2002	0010-06
UN	10			GERENTOLOOGA	09	2017	05-1219-18

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR **(R)**, BIEN **(B)** O MUY BIEN **(MB)**

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5132731	DÍA 17 MES 11 Año 2021	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
COCINERA		SAN LUIS-HOOFFIC

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	30	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIAS	30	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.586.729**

INTENCIPA SARMIENTO

APELLIDOS

ELBA ELINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1968**

GACHETA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

30-SEP-1988 GACHETA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1510300-00203046-F-0020586729-20091211 0018955801A 1 30839437

GOBERNACIÓN
Departamento Archipiélago de San Andrés,
Providencia y Santa Catalina
Reserva de Biosfera Seaflower
NIT: 892400038-2

RESOLUCIÓN NÚMERO 001137
(04 MAR 2024)

"Por la cual se resuelve una solicitud de Residencia Temporal"

EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA OCCRE, en uso de sus facultades legales y en especial las que le confiere el Artículo 24. Literal a del Decreto 2762 de 1991, y

CONSIDERANDO

Que Monseñor **JAIME URIEL SANABRIA ARIAS,** en calidad de Obispo del Vicariato Apostólico de San Andrés y Providencia, mediante radicado No. 20241050002046 con fecha del 30 de Enero de 2024, solicitó la renovación de la residencia temporal a nombre de la persona que se relaciona a continuación para prestar sus servicios en el VICARIATO APOSTOLICO DE SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA.

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO	TIPO DE TARJETA
ELBA ELINA INTENCIPA SARMIENTO	20.586.729	REVERENDA HERMANA	3ª RESIDENCIA TEMPORAL

Que de acuerdo con el literal a) del artículo 7°, en concordancia con el inciso segundo del artículo 10 del Decreto 2762 de 1991, podrán fijar temporalmente su residencia en el Archipiélago las personas que desarrollen actividades laborales por un tiempo determinado hasta por un año, prorrogables por lapsos iguales, que en ningún caso sobrepase los tres (3) años; previo el cumplimiento de las disposiciones legales.

Que conforme el artículo 16 del Acuerdo No. 001 de 2002 cuando se trate del ingreso para el desarrollo de actividades laborales por un lapso determinado, el empleador deberá dar cumplimiento de los requisitos establecidos por el artículo 12 del Decreto No. 2762 de 1991, presentando los documentos señalados en el artículo vigésimo del presente acuerdo, sin que el trabajador pueda laborar o ingresar al Departamento, hasta que se le haya otorgado la correspondiente autorización.

Que la tarjeta de residencia temporal será expedida a quien cumpla con los requisitos del Decreto 2762 de 1991.

Que para la expedición de la tarjeta se tendrán en cuenta el cumplimento de los requisitos del Decreto 2762 de 1991, la densidad poblacional del Archipiélago, la suficiencia de sus servicios públicos y las condiciones personales del solicitante.

Que es responsabilidad del VICARIATO APOSTOLICO DE SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA, devolver a la reverenda hermana, a su lugar de origen una vez finalizada la labor o producida la desvinculación, así como devolver la tarjeta a la Oficina de Control de Circulación y Residencia. El incumplimiento de estas disposiciones conlleva a sanciones legales contempladas en el Decreto 2762 de 1991.

Que de conformidad con lo establecido en el Articulo 11. Las personas que ostenten la calidad de residentes temporales conforme al Decreto 2762 de 1991, deberán presentarse

República de Colombia

UCO

Universidad Católica de Oriente

Personería Jurídica reconocida por el Ministerio de Educación Nacional,
mediante Resolución 2650 del 24 de Febrero de 1983.
Código SNIES 1726.

En atención a que

Elba Elina Intencipa Sarmiento

Cédula de Ciudadanía N° 20.586.729 de Gachetá

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el título de

Gerontóloga

En testimonio de ello le expide el presente diploma en el municipio de Rionegro, Departamento de Antioquia, República de Colombia, el día 15 **del mes de** Septiembre **del año** 2017

Rector

Ana Cecilia Ortiz Z
Decano

Secretario General

Anotado en el libro de registro de diploma N° 4 **, en el folio N°** 006 **, registro N°** 139
de la Universidad Católica de Oriente.

Refrendado en Rionegro, Antioquia, el día 15 **de** Septiembre **de** 2017

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
Reconózcase este Título para todos los efectos legales.

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

HOJAS DE VIDA

DEPARTAMENTO

ENFERMERA JEFE

2024

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MUÑOS	MENCO	DIANA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.23.620.935

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 06 MES 10 AÑO 1986

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: SAN ANDRES

MUNICIPIO: SAN ANDRERS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: NATANIA 5 ETAPA

PAÍS: COLOOMJBIA DEPTO: SAN ANDRES

MUNICIPIO: SAN ANDRES

TELÉFONO: 3162769188 EMAIL: ANAIDA1226@GAMIL.COM

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 (X) MES 12 AÑO 2004

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		ENFERMERA	10	2011	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
	PUBLICA	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
NUEVA EPS	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
SAN ANDRES	SAN ANDRES		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 01 MES 07 AÑO 2020		DÍA 25 MES 06 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
ENFERMERA			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL AMOR DE PATRIA SEDE SAN ANDRES			COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
SAN ANDRES	SAN ANDRES		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 01 MES 09 AÑO 2013		DÍA 30 MES 10 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
ENFERMERA			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GOBERNACION DEPARTAMENTAL- SECRETARIA DE SALUD			COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
SAN ANDRES	SAN ANDRES		
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 12 MES 09 AÑO 2022		DÍA 28 MES 12 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
ENFERMERA			

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

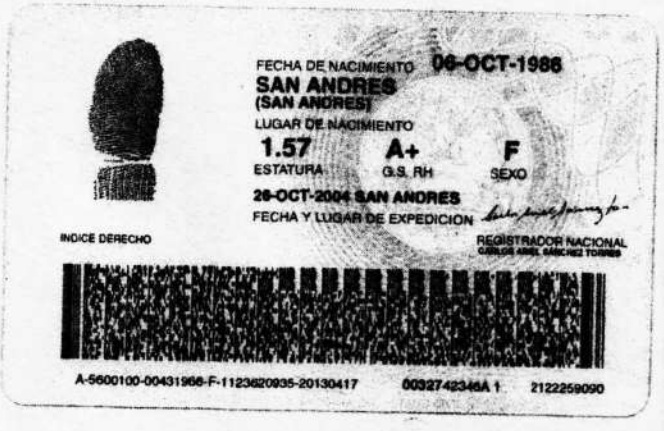
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.123.620.935
MUÑOZ MENCO
APELLIDOS
DIANA MARIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1986
SAN ANDRES
(SAN ANDRES)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
26-OCT-2004 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-5600100-00431968-F-1123620935-20130417
0032742346A 1
2122259090

DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

OCCRE C 226307



Apellidos NUÑEZ MENCO

Nombres DIANA MARIA

Tipo de Iden . Cedula de Ciudadania

Identific . 1123620935

Nacido SAN ANDRES I

Depto. ARCHIPIELAGO

VENCE

NO ES VALIDO SIN
LAMINAR

Observaciones :
RESIDENTE DUPLICADO REEMPLAZA LA T O 0021913

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22218 Mineducación Dic. 5-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Diana María Muñoz Menco

C.C. No. 1.123.620.935 de San Andrés

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que lo acredita.

Bogotá, D.C. 19 de agosto de 2011

Rector

Secretario General

Director

Libro 1 Folio 11 Registro 280181 Fecha: 19 de agosto de 2011

POLITECNICO DE SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

DIANA MARIA MUÑOZ MENCO

Con Documento de Identidad No 1123620935

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN - JUNIO - 28 DE 2022
Registrado en el Libro de Actas No 0020220628
CÓDIGO DE SEGURIDAD 220628S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo
matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

Escaneado con CamScanner

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

HOJAS DE VIDA

DEPARTAMENTO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.140.822.752**
NARANJO WIESNER

APELLIDOS
VICTORIA EUGENIA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **31-MAY-1989**
BARRANQUILLA (ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

26-JUL-2007 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0300150-00166042-F-1140822752-20090803 0014382136A 1 23088116

GOBERNACIÓN
Departamento Archipiélago de San Andrés,
Providencia y Santa Catalina
Reserva de Biosfera Seaflower
Nit: 892.400.038-2

1050 (Dando Respuesta a su solicitud)

LA SUSCRITO DIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACIÓN Y RESIDENCIA- OCCRE

CERTIFICA:

Que, el/la señor(a) **VICTORIA EUGENIA NARANJO WIESNER** identificada con cédula de ciudadanía N° **1.140.822.752**, expedida en barranquilla, mediante Resolución Número 008455 del 17 octubre de 2023, le fue otorgado el derecho a la residencia y se ordenó la expedición de la **primera (1ra)**, a través del trámite de residencia por convivencia impetrado ante esta Entidad por el/la señor(a) **LAINIKER FERNANDO SOTELO VELEZ** identificado con cédula de ciudadanía N° **1.123.630.098** expedida de san Andrés isla.

Que, el/la señor(a) **VICTORIA EUGENIA NARANJO WIESNER** identificada con cédula de ciudadanía N° **1.123.630.098**, expedida en barranquilla, no presenta ningún tipo de restricción para laboral dentro del Departamento de San Andrés Islas.

La presente certificación se suscribe a solicitud de los interesados, sin borrones, ni enmendaduras. **Con una vigencia de seis (06) meses a partir de la fecha de su expedición.**

Dado en San Andrés, Islas, a los diecisiete (17) días del mes de mayo de Dos mil Veinticuatro (2024).

DELROY AUSTIN GORDON FOX
Director Administrativo, OCCRE

Proyectó: JOB/ Area De Convivencia, OCCRE
Revisó y Aprobó: Delroy Austin gordon fox/ Dir. Administrativo. OCCRE

REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Proteccion Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 1.140.822.752
ENFERMERA
VICTORIA EUGENIA NARANJO WIESNER
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
Barranquilla

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2015-07-31
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 16/08/2016

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

Victoria Naranjo Wiesner

EN EL NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

VICTORIA EUGENIA NARANJO WIESNER

C.C.No. 1.140.822.752 de Barranquilla

MEDIANTE LA PEDAGOGÍA DIALÓGICA
TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDAS
PARA SU DESARROLLO INTELECTUAL Y CULTURAL
LE OTORGA EL TÍTULO DE

ENFERMERA

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE-RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 5 DEL LIBRO 2/15

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CABALLERO	GUETTE	YERLIS ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1043010651

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 15 MES 10 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO SABANALARGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

AV. 20 DE JULIO DIAG HOTEL ATARAXY

PAÍS COLOOMJBIA DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

TELÉFONO 3227627103 EMAIL Yerlis3015116222@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO: AUXILIAR EN ENFERMERIA*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2012

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR **(R)**, BIEN **(B)** O MUY BIEN **(MB)**

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5132731	DÍA 24 MES 02 AÑO 2023	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA		AV.20 DE JULIO DIAG. HOTEL ATARAXY

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES 15/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.043.010.651



CABALLERO GUETTE

YERLIS ISABEL

Sex

COL 1.60 F

15 NOV 1992 A+

CAMPO DE LA CRUZ (ATLANTICO)

03 ENE 2011, SABANALARGA

Firma

YerlisCaballero

23 DIC 2031

0014110507

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0014105074030 46<<<<<<<<<<
9211155F3112238COL1043010651<2
CABALLERO<GUETTE<<YERLIS<ISABE

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS



CC 1043010651
YERLIS ISABEL
CABALLERO GUETTE
Date of Birth 15/11/1992
Place of Birth ATLANTICO
RH A+ Heigth 1.60
Live in San Andrés

TEMPORARY

Signature

Date Issue
10/02/2023

Expired Date
06/12/2023

Note

CONYUGUE DE RAIZAL (1ª)
PRIMERA TARJETA
TEMPORAL

OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA

LOS RESIDENTES TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LOS ARTICULOS 5 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO PODRAN EJECUTAR LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL CUAL HAN SIDO AUTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.

THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 5 AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY HAVE BEEN AUTHORIZED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY THAT MOTIVATED THE CONFERRING OF THIS CARD.

INSULAR - ACARIBE - IIMEU'S

08/2003-41415

0046533

Y en su nombre la

Institución Educativa Simón Bolíva

Aprobado por la Secretaría de Educación del Departamento del Atlántico según Resolución No. 0101 del 18 de Diciembre de 2001

Confiere a:

Yerlis Isabel Caballero Guette

Identificado con T.I. No. 921115-14455 de Campo de la Cruz, Atlántico

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Yolanda Peñalo[illegible] de Ocampo
Rect[illegible]a

Olga Peñaloza Rivera
Secretaria Académica

Director(a) de Grupo

Registrado [illegible] el Acta No. [illegible] Del Libro No. [illegible] Folio No. [illegible] Registro

D[illegible] en Campo de la Cruz a los 18 días del mes de Diciembre de 20[illegible]

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BANQUEZ	CORPUS	JENNIFER JUSETY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.123.628.149

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*:

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO: D.M:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 04 MES 08 AÑO 1991

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: SSAN ANDRES

MUNICIPIO: SAN ANDRES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

SAN LUIS BAY

PAÍS: COLOMJBIA DEPTO: SAN ANDRES

MUNICIPIO: SAN ANDRES

TELÉFONO: 3203144159 EMAIL:

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO: ENFERMERIA*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 06 AÑO 2017
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5132731	DÍA 01 MES 06 AÑO 2023	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA		SAN LUIS BAY

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECOTOR PUBLICO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

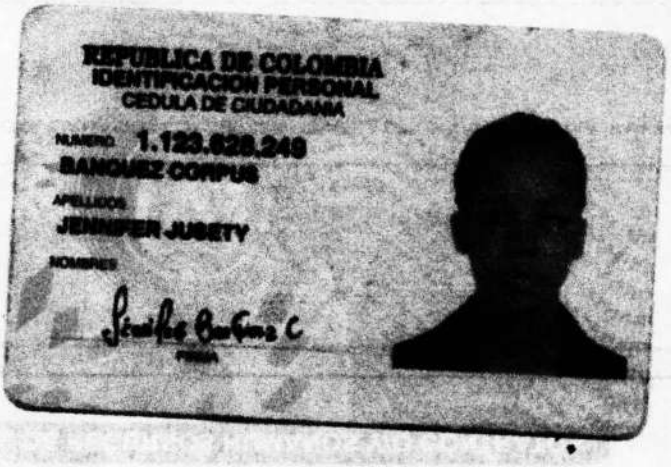
6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

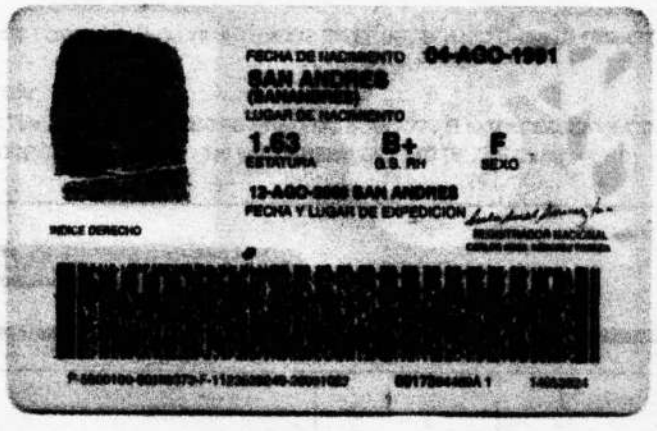
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

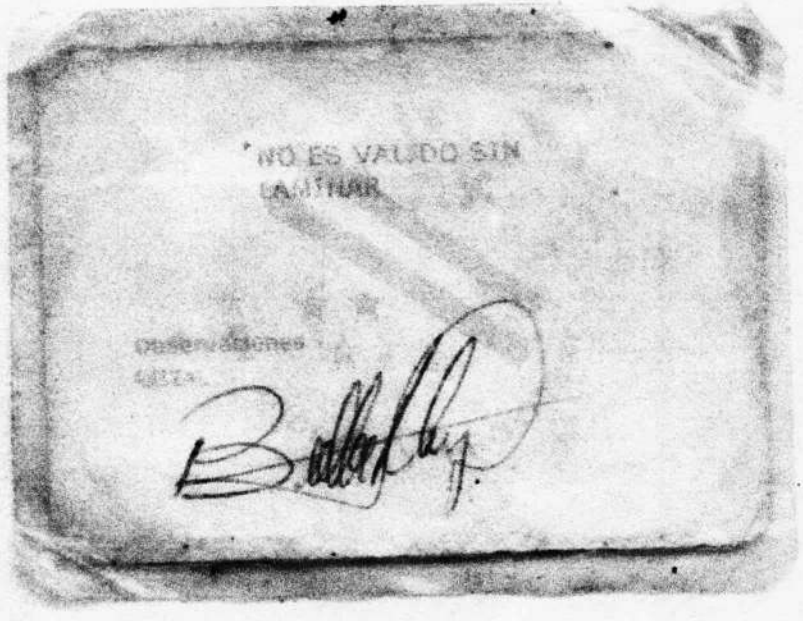
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.123.628.249
BANQUEZ CORPUS
APELLIDOS
JENNIFER JUBETY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-1991
SAN ANDRES
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
13-AGO-2009 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO


DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
198149
Apellidos
Nombres
Tipo de iden.
Identific.
Nacido
Depto.
VENCE


NO ES VALIDO SIN
LA FIRMA
observaciones

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

HOJAS DE VIDA

DEPARTAMENTO

CUIDADORAS

2024

Libertad y Orden

BFORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BENT	ARCHBOLD	LAURA DEBORAH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40987573

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 20 MES 01 AÑO 1968

PAÍS COLOMBIAS

DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

BARRIO OBRERO

PAÍS COLOOMJBIA DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

TELÉFONO 3185802333 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

11

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 1991

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5132731	DÍA 01 MES 05 AÑO 2024	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS GENERALES		BARRIO OBRERO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

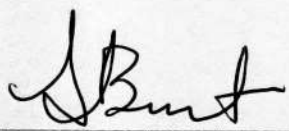
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

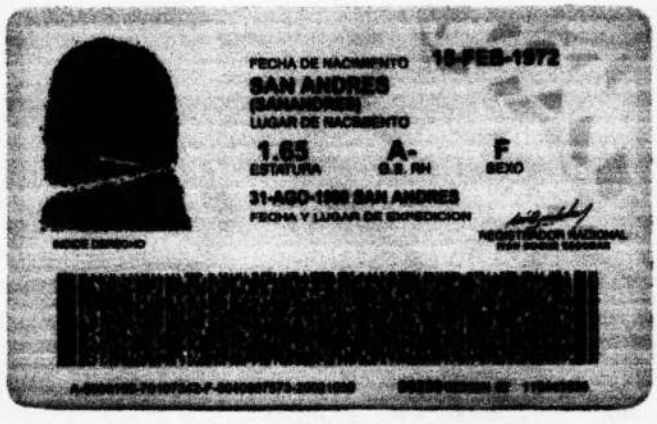
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

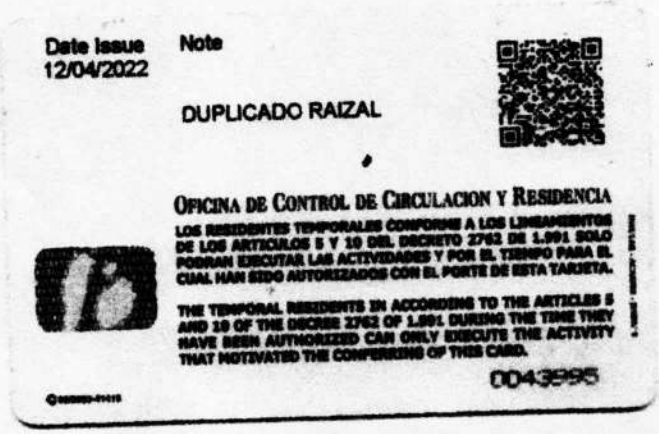
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
40387573
BENT ARCHIBOLD
LAURA DEBORAH


FECHA DE NACIMIENTO 15-FEB-1972
SAN ANDRES
(SANANDRES)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
A-
G.S. RH
F
SEXO
31-AGO-1990 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL


REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS
CC 40987573
LAURA DEBORAH
BENT ARCHBOLD
Date of Birth 15/02/1972
Place of Birth SAN ANDRES ISLAS
RH A- Height 1.65
Live in San Andrés
RAIZAL
Signature


Date Issue
12/04/2022
Note
DUPLICADO RAIZAL
OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA
LOS RESIDENTES TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LOS ARTICULOS 5 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO PODRAN EJECUTAR LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL CUAL HAN SIDO AUTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.
THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 5 AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY HAVE BEEN AUTHORIZED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY THAT MOTIVATED THE CONFERRING OF THIS CARD.
0043895

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

El Colegio San Carlos

de Cartagena.

autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,

según Resolución No. 11798 de Agosto 16 de 1.984 en su jornada Nocturna

Confiere a:

LAURA D. BENT ARCH BOLD

Identificado con C.C. No. 40.987.573 de San Andres (Islas)

El Titulo de

Bachiller Académico

NOCTURNO

por razon de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educacion Media Vocacional, segun los planes y programas vigentes.

El Rector (a)

El Secretario (a)

Cartagena, 16 de Noviembre de 1991

FOLIO TERCERO

A.I.P. 36

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PATIÑO	HOOKER	ANA ELIZABETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40987570

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 26 MES 04 AÑO 1971

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOYACA

MUNICIPIO: DUITAMA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: SAN LUIS BAY

PAÍS: COLOMJBIA DEPTO: BOYACA

MUNICIPIO: DUITAMA

TELÉFONO: 3202510280 EMAIL: Patiñohooker71@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 03 AÑO 2019

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5132731	DÍA 01 MES 05 AÑO 2024	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS GENERALES		LOMA SHINGLE HILL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDO PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

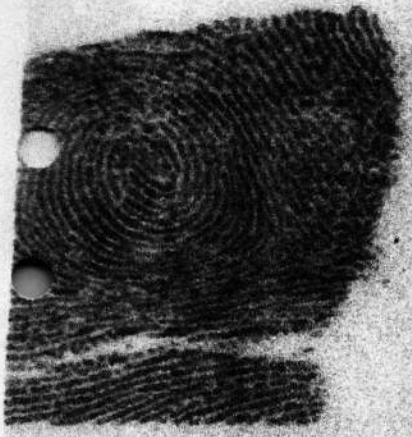
NUMERO 40987570

PATIÑO HOOKER
APELLIDOS

ANA ELIZABETH
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1971
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

31-AGO-1990 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

5600100-70113656-F-0040987570-20030222 03404 03054N 01 146233920

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS



C.C. 40987570
PATIÑO HOOKER
ANA ELIZABETH

NACIMIENTO: 28/04/1971
LUGAR: DUITAMA, BOYACA
SEXO: F ESTATURA: 1.53
GS RH: A+ EXPEDIDA: 28/12/2004

DIRECTOR OCCRE

[redacted]

Domicilio: San Andrés Isla

OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA

LOS RESIDENTES TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LOS ARTICULOS 5 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO PODRAN EJECUTAR LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL CUAL HAN SIDO AUTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.

THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 5 AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY HAVE BEEN AUTHORIZED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY THAT NOTIVATED THE CONFERING OF THIS CARD.

La República de Colombia
y en su nombre

TERRA INSTITUTO

Autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento del Valle del Cauca.
Aprobado mediante Resolución No. 2371 de Noviembre de 2002

Confiere a

Ana Elizabeth Patiño Hooker

C.C. Nº. 40.987.570 de San Andrés Islas

El Título de

Bachiller Académico

Por haber finalizado los ocho lectivos especiales exigidos
De la Educación Media Académica,
De acuerdo al Decreto No. 3011 de Educación Formal para Adultos.

Fernando Ruiz Hernández
Rector

Ana Cecilia González
Secretaria Académica

Expedido en Santiago de Cali, a los quince (15) días del mes de marzo 2013

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BENT	JAY	CARMELINDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40.987.372

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 20 MES 01 AÑO 1968

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS COLOOMJBIA DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

TELÉFONO 3122049471 EMAIL Cbentj@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

11

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1991

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5132731	DÍA 28 MES 02 AÑO 2023	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS GENERALES		LOMA FLOWER HILL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PUBLICO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

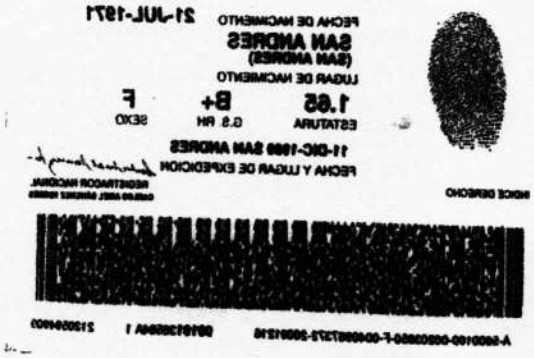
NUMERO **40.987.372**
BENT JAY

APELLIDOS
CARMELINDA

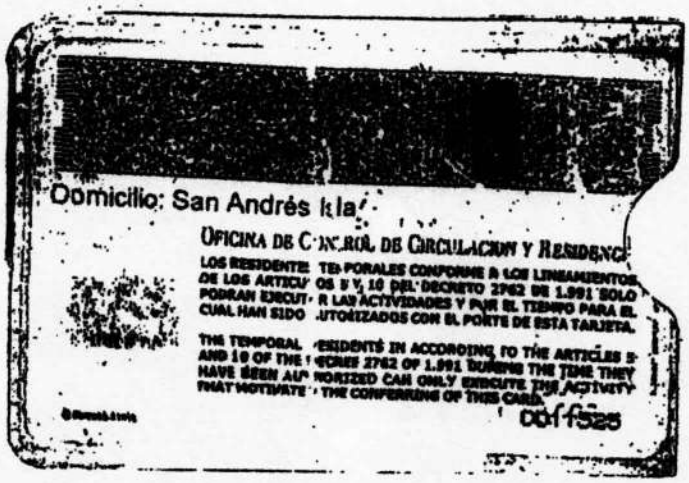
NOMBRES



FIRMA




REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS
Raizal
C.C. 4098737
BENT JAY
CARMELINDA
NACIMIENTO: 21/07/1971
LUGAR:SAN ANDRES I., SAN ANDRES I.
SEXO: F
ESTATURA: 1.65
GS RH: B+
EXPEDIDA: 28/12/2004
DIRECTOR DAPRE


Domicilio: San Andrés Isla
OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA
LOS RESIDENTE TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS
DE LOS ARTICU OS 9 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO
PODRAN EJECUT R LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL
CUAL HAN SIDO UTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.
THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 9
AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY
HAVE BEEN AU HORIZED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY
THAT MOTIVATE THE CONFERRING OF THIS CARD.
0011525

Acta de Grado

Inscripción S.E.445

DANE 488001-00065

COLEGIO BAUTISTA " LA LOMA "

En la ciudad de San Andres, Isla, a los Veintinueve (29) dias del mes de Noviembre. del año 1.991 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoria del COLEGIO BAUTISTA - " LA LOMA"

Institución aprobada hasta 1.991 en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Titulo de Bachiller en la Modalidad Académica según Resolución No. 762 del Tres (3), de Febrero de 19 88.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación: CARMELINDA BENT JAY. C.C.No. 40.987.372 de SAN ANDRES, ISLA.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 009 de fecha NOVIEMBRE 29 DE 1.991 que consta de 46 alumnos que comienza con el nombre de CARMELINDA BENT JAY, y se cierra con el nombre de AIDRIN WATSON ETHEN.

Firmado y sellado por AIENA O'NEILL DE HOOKER, (Rector) y NEIDA AYALA FORBES (Secretario).

Dada en San Andrés, Isla, a los veintinueve dias del mes de Noviembre de 19 91.-

COLEGIO BAUTISTA "LA LOMA" Rectoría

AIENA O'NEILL DE HOOKER.

El Rector o Director

c.c. No. 22.772.375 de Cartagena.

Firmado y Sellado

COLEGIO BAUTISTA "LA LOMA" SECRETARIO

NEIDA AYALA FORBES.

El Secretario

c.c. No. 39.151.651 de San Andrés, I.

DIPLOMA No. 514709

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

HOJAS DE VIDA

DEPARTAMENTO

MANIPULADORAS A Y B

2024

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
NELSON	ARCBOLD	ETSEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40.993.304

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 20 MES 06 AÑO 1983

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRERS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

SIMPSON WELL

PAÍS COLOOMJBIA DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

TELÉFONO 3122546785 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES [ ] AÑO [ ]

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COOLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5132731	DÍA 10 MES 05 AÑO 2023	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
COCINERA		SAN LUIS-ELSY BAR

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.993.304**

NELSON ARCHBOLD

APELLIDOS

ETSEL

NOMBRES

Etsel Nelson

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUN-1983**

SAN ANDRES
(SAN ANDRES)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

16-OCT-2001 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5600100-00283032-F-0040993304-20110304 0026023314A 1 14278019

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS

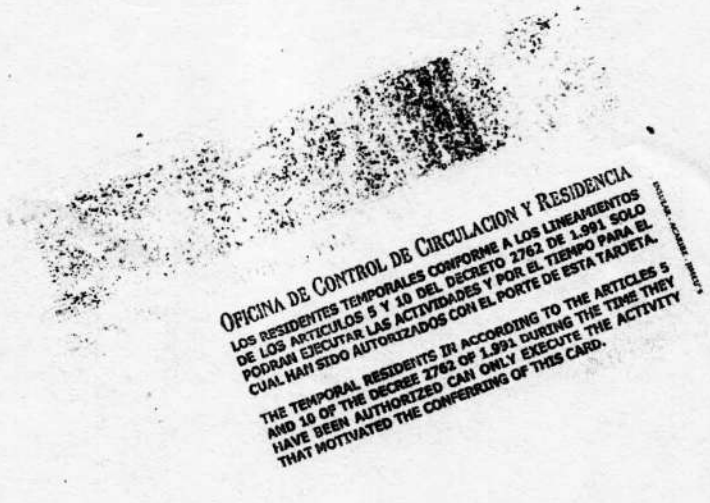
O.C.C.R.E



C.C. 40993304
NELSON ARCHBOLD
ETSEL

NACIMIENTO: 20/06/1983
LUGAR:SAN ANDRES ISLA, SAN ANDRES I.
SEXO: F ESTATURA: 1.77
GS RH: O+ EXPEDIDA: 28/12/2004

Catherine Archbold R.
DIRECTOR OCCRE



REGIONAL SAN ANDRÉS

EL CENTRO DE FORMACIÓN TURÍSTICA GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS

CERTIFICA

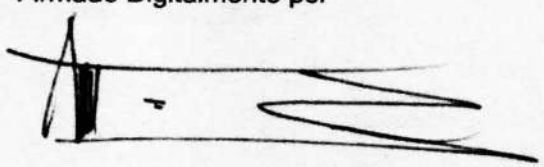
Que ETSEL NELSON ARCHBOLD identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 40993304 de San Andrés, realizó y aprobó el curso de MANIPULACION HIGIENICA DE ALIMENTOS. con una intensidad horaria de Doce (12) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en San Andrés Islas. a los cuatro (4) dias del mes de junio de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



ARNE BRITTON GONZALEZ
Subdirector (E) CENTRO DE FORMACIÓN TURÍSTICA GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS
REGIONAL SAN ANDRÉS

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9539002993124CC40993304E.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BARKER	CANENCIA	YOLIMA YIDID

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40.993.353

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: ____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 09 MES 09 AÑO 1984

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO REMOLINO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

SAN LUIS- HOOFFIE

PAÍS COLOMJBIA DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

TELÉFONO 3158366800 EMAIL ____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1991

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5132731	DÍA 17 MES 08 AÑO 2023	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
COCINERA		SAN LUIS-HOOFFIC

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PUBLICO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Yolima Barker

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

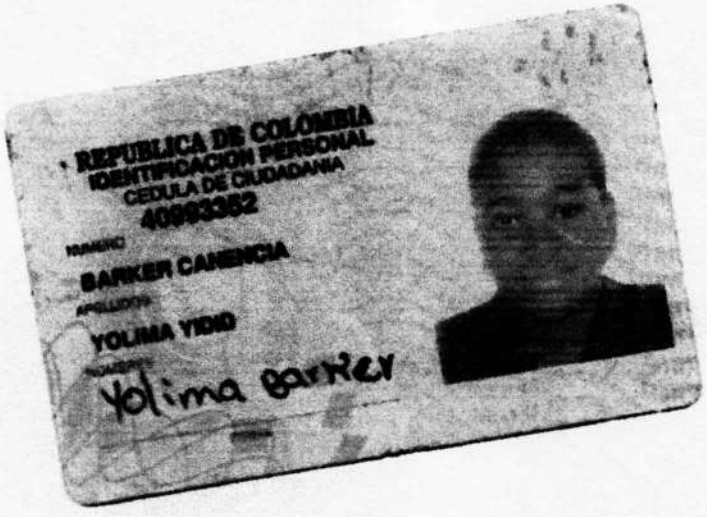
6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

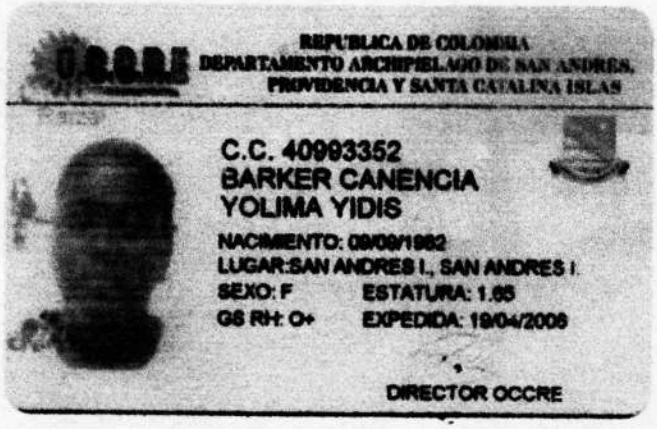
SAN ANDRES ISLA 15/05/24

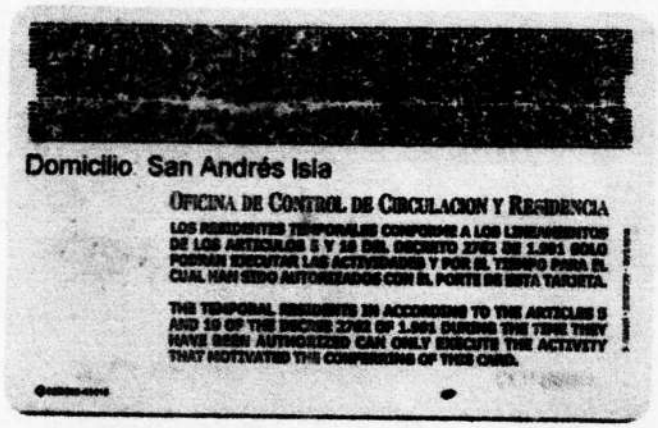
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
40993382
NUMERO
BARKER CANENCIA
APELLIDOS
YOLIMA YIDID
NOMBRES
Yolima Barker


FECHA DE NACIMIENTO
08-SEP-1982
SAN ANDRES
(SANANDRES)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
28-NOV-2001 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL


OCCRE
REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS
C.C. 40993352
BARKER CANENCIA
YOLIMA YIDIS
NACIMIENTO: 09/09/1982
LUGAR:SAN ANDRES I., SAN ANDRES I.
SEXO: F
ESTATURA: 1.65
G$ RH: O+
EXPEDIDA: 19/04/2006
DIRECTOR OCCRE


[redacted]
Domicilio: San Andrés Isla
OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA
LOS RESIDENTES TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LOS ARTICULOS 5 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO PODRAN EJECUTAR LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL CUAL HAN SIDO AUTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.
THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 5 AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY HAVE BEEN AUTHORIZED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY THAT MOTIVATED THE CONFERRING OF THIS CARD.

SENA

REGIONAL SAN ANDRÉS

EL CENTRO DE FORMACIÓN TURÍSTICA GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS

CERTIFICA

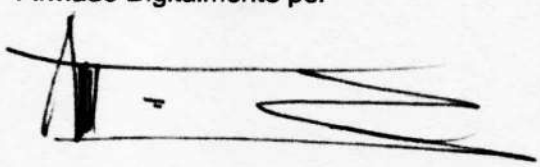
Que YOLIMA YIDID BARKER CANENCIA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 40993352 de San Andrés, realizó y aprobó el curso de MANIPULACION HIGIENICA DE ALIMENTOS. con una intensidad horaria de Doce (12) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en San Andrés Islas. a los cuatro (4) dias del mes de junio de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



ARNE BRITTON GONZALEZ
Subdirector (E) CENTRO DE FORMACIÓN TURÍSTICA GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS
REGIONAL SAN ANDRÉS

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9539002993124CC40993352E.

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

HOJAS DE VIDA

DEPARTAMENTO

SUPERNUMERARIA

2024

Libertad y Orden

BFORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PUELLO	SANTOS	MARTHA ISABEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 39154121

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 18 MES 07 AÑO 1964

PAÍS COLOMBIAS

DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

BARRIÓ SIMPSON WELL

PAÍS COLOOMJBIA DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

TELÉFONO 3167523345 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

11

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 11 AÑO 1991

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5132731	DÍA 02 MES 06 AÑO 2023	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS GENERALES		BARRIO SIMPSON WELL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39154121

PUELLO SANTOS
APELLIDOS

MARTHA ISABEL
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 18-JUL-1964
SAN ANDRES
(SANANDRES)
LUGAR DE NACIMIENTO

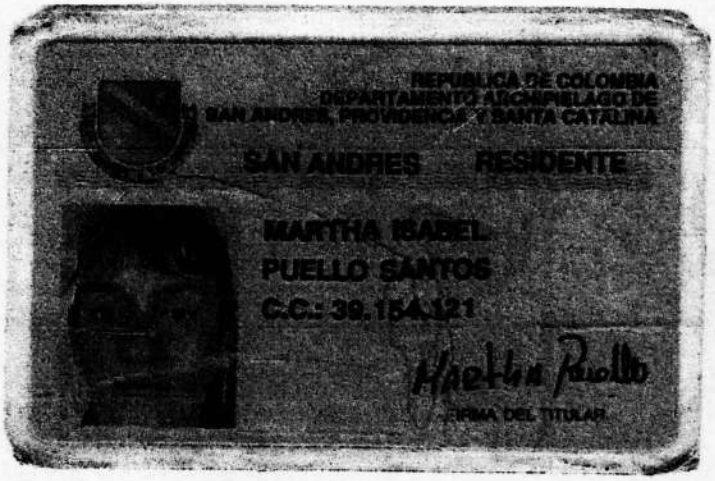
1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

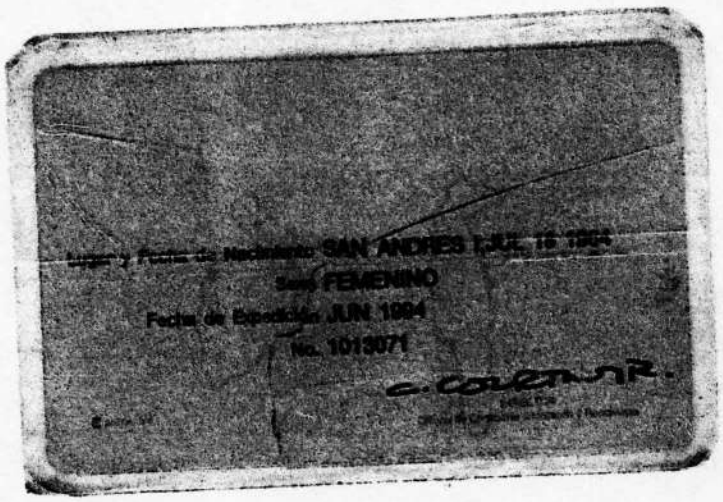
19-ENE-1983 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-9500100-70112896-F-0039154121-20030221 8054403030 01 146971203


REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE
SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
SAN ANDRES RESIDENTE
MARTHA ISABEL
PUELLO SANTOS
C.C.: 39.154.121
FIRMA DEL TITULAR


SAN ANDRES
FEMENINO
JUN. 1994
1013071

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

HOJAS DE VIDA

DEPARTAMENTO

MANTENIMIENTO

2024

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ESCORCIA	FUENTES	ENRIQUE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 73.130.125

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* ____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 06 MES 08 AÑO 1966

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOLIVAR

MUNICIPIO CARTAGENA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

AV. 20 DE JULIO DIAG HOTEL ATARAXY

PAÍS COLOOMJBIA DEPTO BOLIVAR

MUNICIPIO CARTAGENA

TELÉFONO 3154770930 EMAIL ____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO: AUXILIAR EN ENFERMERIA*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2012

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL	PUBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: SAN ANDRES	MUNICIPIO: SAN ANDRES		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:
TELÉFONOS: 5132731	FECHA DE INGRESO: DÍA 23 MES 05 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL: SERVICIOS DE MANTENIUMIENTO	DEPENDENCIA:		DIRECCIÓN:

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD:	PÚBLICA:	PRIVADA:	PAÍS:
DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO:	DEPENDENCIA:		DIRECCIÓN:

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD:	PÚBLICA:	PRIVADA:	PAÍS:
DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO:	DEPENDENCIA:		DIRECCIÓN:

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD:	PÚBLICA:	PRIVADA:	PAÍS:
DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO: DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO:	DEPENDENCIA:		DIRECCIÓN:

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES 15/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 73.130.125

ESCORCIA FUENTES

APELLIDOS

ENRIQUE

NOMBRES

ENRIQUE ESCORCIA F

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1966

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.83
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

27-JUN-1986 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5600100-00268931-M-0073130125-20101203 0025092454A 1 2121029407

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS



CC 73130125
ENRIQUE
ESCORCIA FUENTES
Date of Birth 06/10/1966
Place of Birth BOLIVAR
RH O+ Heigth 1.83
Live in San Andrés

RESIDENT

Signature

Date Issue
26/01/2023

Note

DUPLICADO RESIDENTE



OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA

LOS RESIDENTES TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LOS ARTICULOS 5 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO PODRAN EJECUTAR LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL CUAL HAN SIDO AUTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.

THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 5 AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY HAVE BEEN AUTHORIZED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY THAT MOTIVATED THE CONFERRING OF THIS CARD.

© INSULAR - ACARIBE - IIMBU'S

© 08/2003-41415

0046215

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

HOJAS DE VIDA

DEPARTAMENTO

SERVICIOS GENERALES

2024

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MORRON	CHARRIS	ELSA ESTHER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 32727436

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 20 MES 01 AÑO 1968

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO REMOLINO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA _____

PAÍS COLOOMJBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO REMOLINO

TELÉFONO _____ EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 11 AÑO 1991

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COLOMBBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5132731	DÍA 28 MES 02 AÑO 2023	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS GENERALES		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
32727436
NUMERO



MORRON CHARRIS
APELLIDOS

ELSA ESTHER
NOMBRES

FIRMA

17- Oct 21/2021



FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1968
REMOLINO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

15-JUN-1986 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0800400-70116342-F-0032727436-20030624 0022603175H 01 142778020

Libertad y Orden

BFORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VALENCIA	QUINTERO	ELIS ELENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 34.610.479

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 07 MES 06 AÑO 1981

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CAUCA

MUNICIPIO SANTANDER

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

BARRIÓ SIMPSON WELL

PAÍS COLOOMJBIA DEPTO CAUCA

MUNICIPIO SANTANDER

TELÉFONO 3206340833 EMAIL Elis07@hotmail.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

11

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1997
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	10	2006	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL			

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 23 MES 05 AÑO 2024	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA		TAMBRANT TREE-LOMA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Flis Elena Valencia G.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

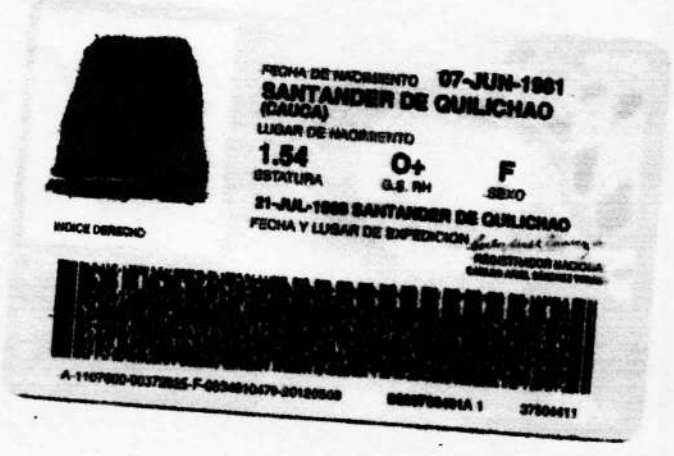
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34.610.479
VALENCIA QUINTERO
APELLIDOS
ELIS ELENA
NOMBRES
Elis Elena Valencia Q.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1981
SANTANDER DE QUILICHAO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-JUL-1999 SANTANDER DE QUILICHAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1107600-00378885-F-0034610479-20120509 0000700491A 1 37504411

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS



CC 34510479
ELIS ELENA
VALENCIA QUINTERO
Date of Birth 07/08/1981
Place of Birth CAUCA
RH O+ Heigth 1.54
Live in San Andrés

Date Issue 20/02/2023

Note

RESIDENTE

OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA

LOS RESIDENTES TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LOS ARTICULOS 5 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO PODRAN EJECUTAR LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL CUAL HAN SIDO AUTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.

THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 5 AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY HAVE BEEN AUTHORISED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY THAT MOTIVATED THE COMPRISING OF THIS CARD.

DD46644

REPUBLICA DE COLOMBIA

EN SU NOMBRE

ESCUELA AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL VALLE

Autorizado por Secretaria de Educación Departamental
Reconocimiento oficial 0165 de Junio de 1995 y Acuerdo 08 de Abril 1995 del Comité Ejecutivo Nacional de

Confiere Certificado de Aptitud Ocupacional

Según perfiles establecidos en el acuerdo 16 de 1997 y 47 de 2001 emitidos por el Comité Ejecutivo de Recursos Humanos en Salud

AUXILIAR DE ENFERMERIA

A

ELENA

C.C. 34.610.479 de Santander de Quilichao

Intensidad Horaria Total: 2.400

[illegible]

SECRETARIA DEPTAL DE SALUD DEL VALLE
Reconocese ante todos

ESC. AUXILIARES DE ENFERMERIA EDENV

Rector

Resolución No. 5086

Registrado Folio 73 Del Libro de Certificados No. 01 a los 14 del Mes 10 de 2006

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PUELLO	GONZALES	CINDY JOHANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.123.620.292

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: ____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 10 MES 01 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

BARRIÓ LAS PALMAS

PAÍS COLOMJBIA DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

TELÉFONO 3164416201 EMAI cindypg10@icloud.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2016
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*					*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*				
TL	4	X		CONTABILIDAD Y FINANZA	08	2	0	1	7	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COLOLMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	/// /AÑO 29 0 5 2024	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS GENERALES		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOTEL MAR AZUL			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 25 MES 05 AÑO 2019	DÍA 23 MES 03 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE CONTABILIDAD		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONTAMOS ASOCIADOS			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 13 MES 07 AÑO 2016	DÍA 30 MES 09 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR CONTABLE		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDO PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Cindy Johana Pardo Gonzalez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

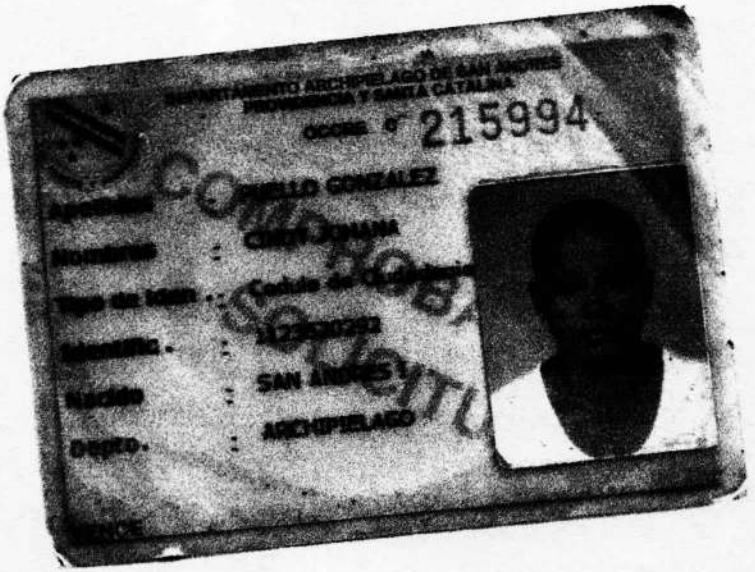
SAN ANDRES ISLA 15/05/24

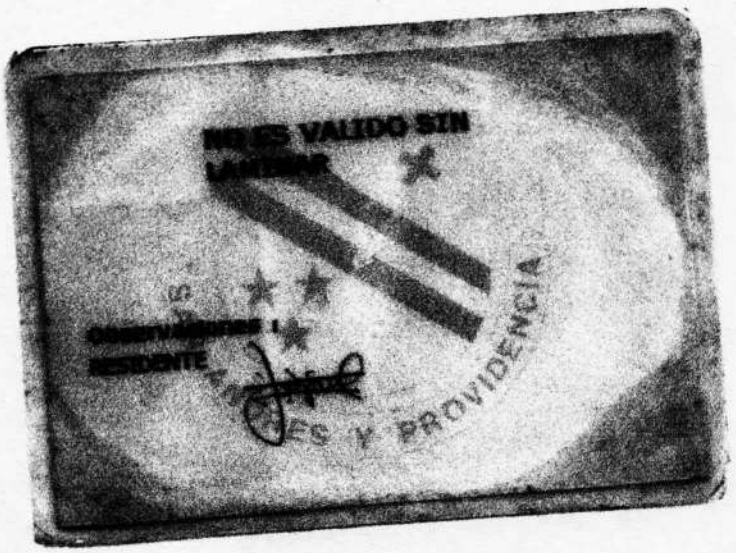
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.123.620.292
PUELLO GONZALEZ
APELLIDOS
CINDY JOHANA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1986
SAN ANDRES
(SANANDRES)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
26-ABR-2004 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
P-5600100-70130782-F-1123620292-20041014 0015504287B 02 132237442


DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
215994
SAN ANDRES
ARCHIPIELAGO


ES VALIDO SIN
ES Y PROVIDENCIA

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CINDY JOHANA PUELLO GONZALEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1123620292

Cursó y aprobó la acción de Formación

CUIDADOS BASICOS A PERSONAS MAYORES

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en San Andrés Islas. a los diecinueve (19) dias del mes de julio de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



LEONORA BARRAGAN BEDOYA
Subdirector (E)
CENTRO DE FORMACIÓN TURÍSTICA GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS
REGIONAL SAN ANDRÉS

84432250 - 19/07/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9539002577570CC1123620292C.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BENT	PEREZ	LILIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40.987.914

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 05 MES 07 AÑO 1972

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

LOMA FLOWERS HILL

PAÍS COLOMJBIA DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

TELÉFONO 3164270047 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1991
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD *FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL*		***PUBLICA***	***PRIVADA***	***PAÍS***
DEPARTAMENTO	***MUNICIPIO***			***CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD***
TELÉFONOS	***FECHA DE INGRESO*** DÍA MES AÑO		***FECHA DE RETIRO*** DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	***DEPENDENCIA***		***DIRECCIÓN***	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		***PÚBLICA***	***PRIVADA***	***PAÍS***
DEPARTAMENTO	***MUNICIPIO***			***CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD***
TELÉFONOS	***FECHA DE INGRESO*** DÍA MES AÑO		***FECHA DE RETIRO*** DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	***DEPENDENCIA***		***DIRECCIÓN***	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		***PÚBLICA***	***PRIVADA***	***PAÍS***
DEPARTAMENTO	***MUNICIPIO***			***CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD***
TELÉFONOS	***FECHA DE INGRESO*** DÍA MES AÑO		***FECHA DE RETIRO*** DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	***DEPENDENCIA***		***DIRECCIÓN***	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		***PÚBLICA***	***PRIVADA***	***PAÍS***
DEPARTAMENTO	***MUNICIPIO***			***CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD***
TELÉFONOS	***FECHA DE INGRESO*** DÍA MES AÑO		***FECHA DE RETIRO*** DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	***DEPENDENCIA***		***DIRECCIÓN***	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PUBLICO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 1/06/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40987914

BENT PEREZ
APELLIDOS

LILIANA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-1972
SAN ANDRES
(SANANDRES)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-MAR-1991 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS

Raizal



C.C. 40987914
BENT PEREZ
LILIANA

NACIMIENTO: 05/07/1972
LUGAR:SAN ANDRES I.,SAN ANDRES I.
SEXO: F ESTATURA: 1.63
GS RH: O+ EXPEDIDA: 14/02/2005

Director OCCRE (E)

Domicilio: San Andrés Isla

OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA

LOS RESIDENTES TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LOS ARTICULOS 5 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO PODRAN EJECUTAR LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL CUAL HAN SIDO AUTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.

THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 5 AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY HAVE BEEN AUTHORIZED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY THAT MOTIVATED THE CONFERRING OF THIS CARD.

0146

ISLEÑO - RAIZAL - ISLANDER

© 08/2003-41415

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE EL (LA)

COLEGIO BAUTISTA DE LA LOMA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL SEGUN
RESOLUCION No. 3529 DE NOVIEMBRE 26 DE 1967
Y 762 DEL 3 DE FEBRERO DE 1988

CONFIERE A

Liliana Bent Perez

IDENTIFICADO CON C.C. No 40.987.914 DE SAN ANDRES, ISLA

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

COLEGIO BAUTISTA «LA LOMA»
RECTOR

COLEGIO BAUTISTA «LA LOMA»
SECRETARIO
SECRETARIO

DADO EN SAN ANDRES, ISLA, A 29 DE NOVIEMBRE DE 1991

ANOTADO AL FOLIO 249 LIBRO DE REGISTRO 002
Orden No.2702

SECRETARIO DE EDUCACION

Nº 514711

EN San Andrés Isla A 19 DE Marzo DE 1992.

RAFAEL MEJIA ACOSTA
NOTARIA UNICA SAN ANDRES ISLAS
ABR 1994

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- *Teléfono:* 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

HOJAS DE VIDA

DEPARTAMENTO

VIGILANTES

2024

Libertad y Orden

BFORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PEREZ	PITALUA	LEONARDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 73.573.083

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 28 MES 05 AÑO 1975

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOLIVAR

MUNICIPIO: CARTAGENA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: BARRIÓ SIMPSON WELL

PAÍS: COLOOMJBIA DEPTO: BOLIVAR

MUNICIPIO: CARTAGENA

TELÉFONO: 31744089455 EMAIL: _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

11

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO

FECHA DE GRADO: MES 11 AÑO 1995

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

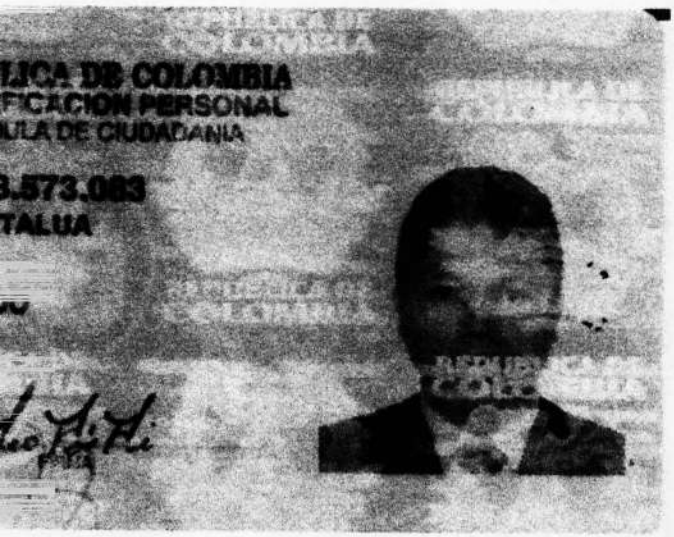
6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-1975**

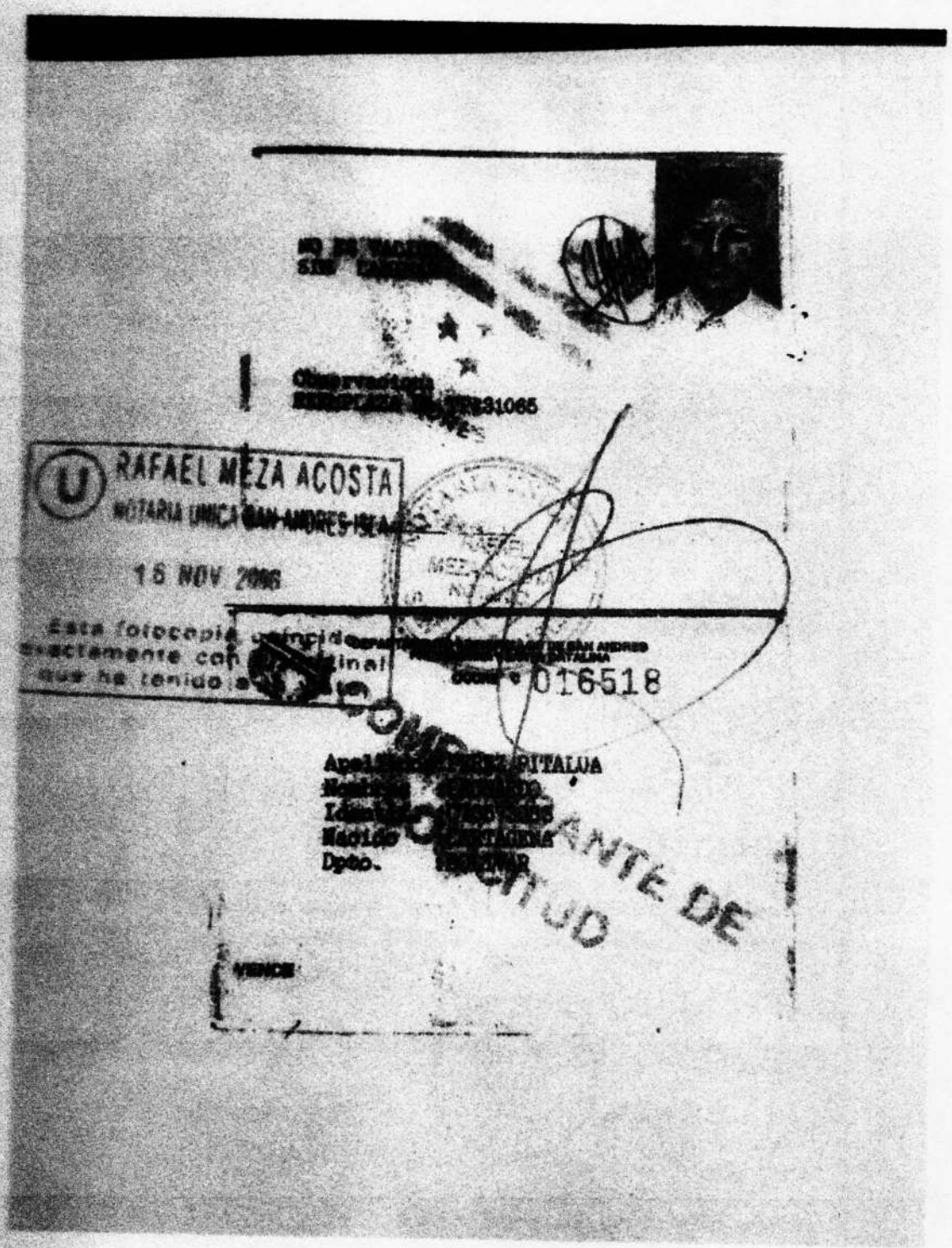
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA **A-** G.S. RH **M** SEXO

30-JUN-1994 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

8-M-0073573083-20100202 0020573358A 1 29632154


RAFAEL MEZA ACOSTA
NOTARIA UNICA SAN ANDRES-ISLA
16 NOV 2006
016518

OCRE

La República de Colombia

y en su nombre

El Liceo de Bolívar

Cartagena

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 27354 del 15 de Diciembre de 1983

Confiere a

LEONARDO PEREZ PITALUA

Identificado(a) con CC No. 73'575.083 Expedida en CARTAGENA

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Nacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretario

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 61 Folio No. 034 Fin acta No. 478

Libertad y Orden

BFORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BENT	SMITH	JOERSGSEN WARREN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 18.011.428

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 06 MES 11 AÑO 1984

PAÍS COLOMBIAS

DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

ROCK HOLE

PAÍS COLOOMJBIA DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

TELÉFONO 3167523345 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

11

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1991
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*					*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*				
TE		X		ADMINISTRACION DE EMPRESA	12	2	0	0	7	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
5132731	DÍA 23 MES 05 AÑO 2024	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
VIGILANTE		TAMBRANT TREE-LOMA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIAS		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

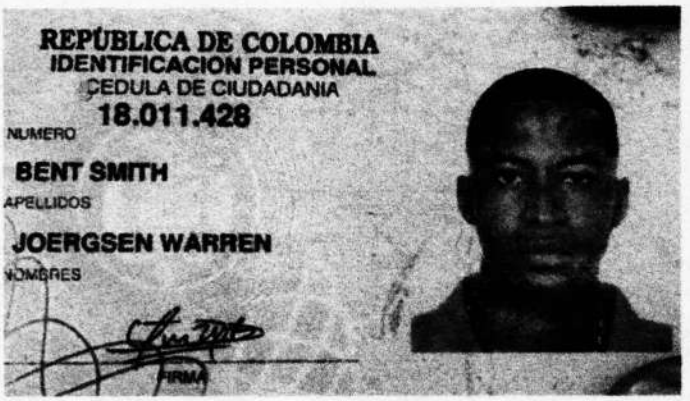
6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

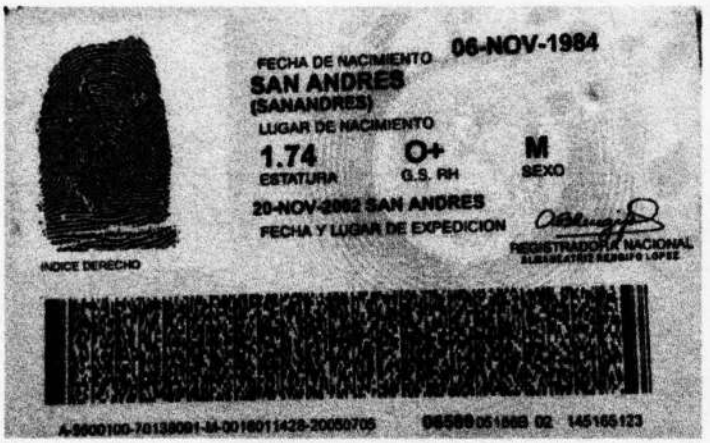
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

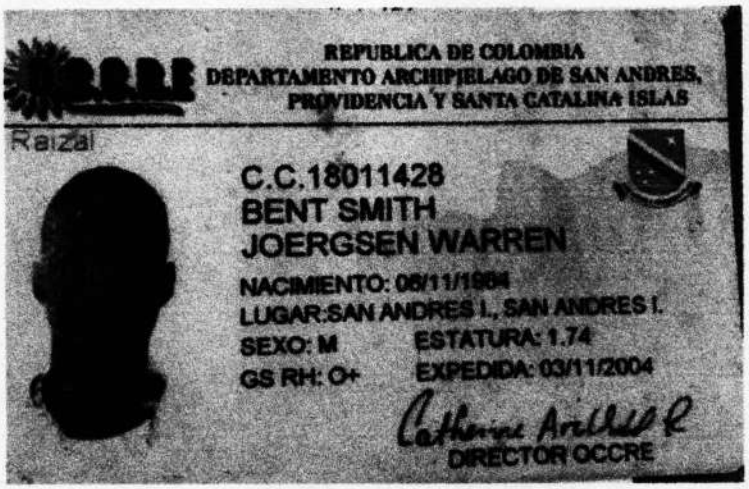
SAN ANDRES ISLA 15/05/24

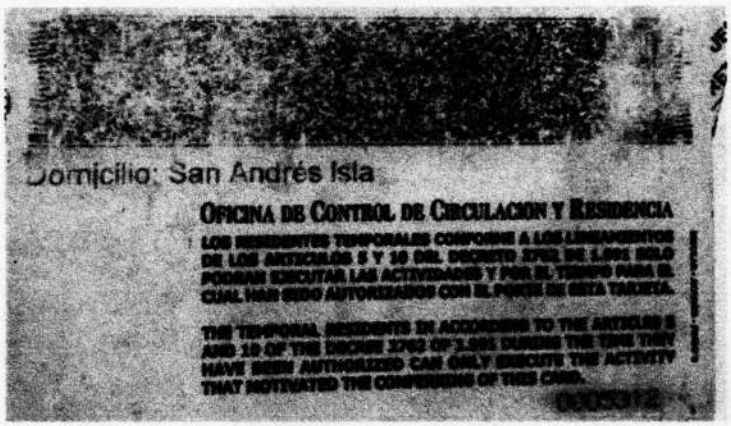
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
18.011.428
NUMERO
BENT SMITH
APELLIDOS
JOERGSEN WARREN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-NOV-1984
SAN ANDRES
(SANANDRES)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
20-NOV-2002 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-3500100-70138091-M-0018011428-20050705
0658905186B 02 145165123


REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS
Raizal
C.C.18011428
BENT SMITH
JOERGSEN WARREN
NACIMIENTO: 06/11/1984
LUGAR:SAN ANDRES I., SAN ANDRES I.
SEXO: M
ESTATURA: 1.74
GS RH: O+
EXPEDIDA: 03/11/2004
DIRECTOR OCCRE


Domicilio: San Andrés Isla
OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

Nit. 892.400.442-5
Sede, Loma Tambrant Tree No. 35-73 La Loma. Teléfono: 5132731
Oficinas: Vía San Luis 4-140- ***Teléfono:*** 5126457
E-mail: vicariatosanandres@hotmail.com
fundacionhogardelanciano@yahoo.com

HOJAS DE VIDA

PROFESIONALES

PRESTACION DE SERVICIOS

2024

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SIERRA	MARTINEZ	DELFIS DEL CARMEN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1123638988

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: ____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 08 MES 12 AÑO 1999

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

BARRIO MODELO ETA HILL WELL

PAÍS COLOMBIA DEPTO SAN ANDRES

MUNICIPIO SAN ANDRES

TELÉFONO 3013327753 EMAIL delfis128_hotmaiil.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 05 AÑO 2003

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2019	9 08-0310 DE/20

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVEL			

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	/// /AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAI	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3186194995	DÍA 10 MES 01 AÑO 2022	DÍA 09 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENEFERMERIA	SALUD	VIUA SAN LUIS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AQUARIUS MINIMARKET DRUGSRTORS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3226623706	DÍA 25 MES 09 AÑO 2022	DÍA 18 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE FARMACIA	SALUD	VIA SAN LUIS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTA SAI Y PROV	X		COOLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SAN ANDRES	SAN ANDRES	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
31649113142	DÍA 02 MES 05 AÑO 2021	DÍA 31 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDO PUBLICO		17
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIAS		17

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Delfy Sierra M.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

SAN ANDRES ISLA 15/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.638.988

SIERRA MARTINEZ

APELLIDOS

DELFIS DEL CARMEN

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1999

SAN ANDRES
(SAN ANDRES)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

A+
G.S. RH

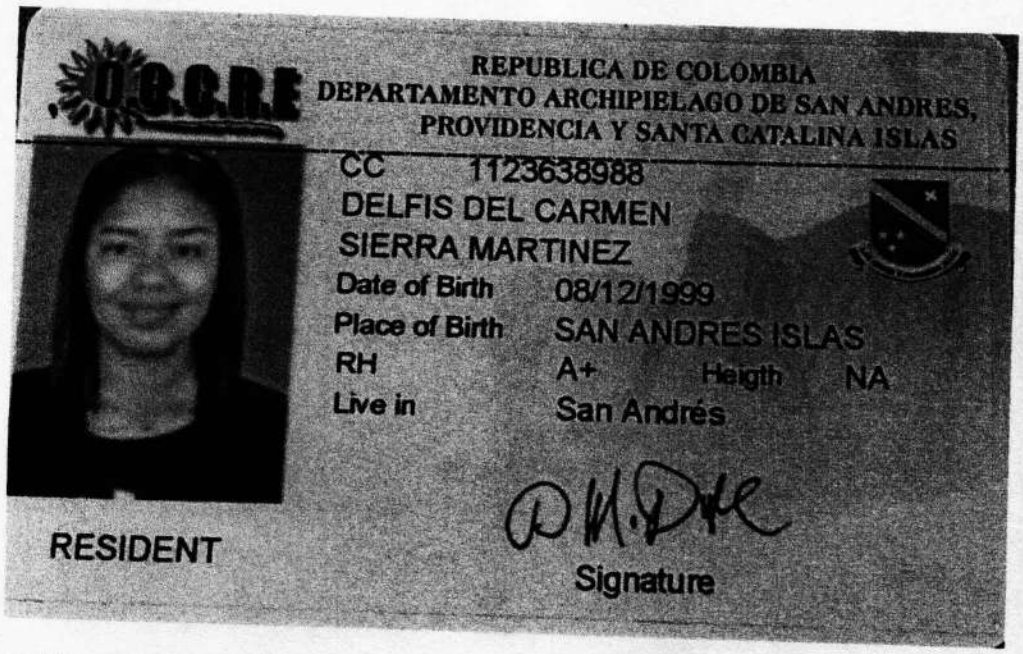
F
SEXO

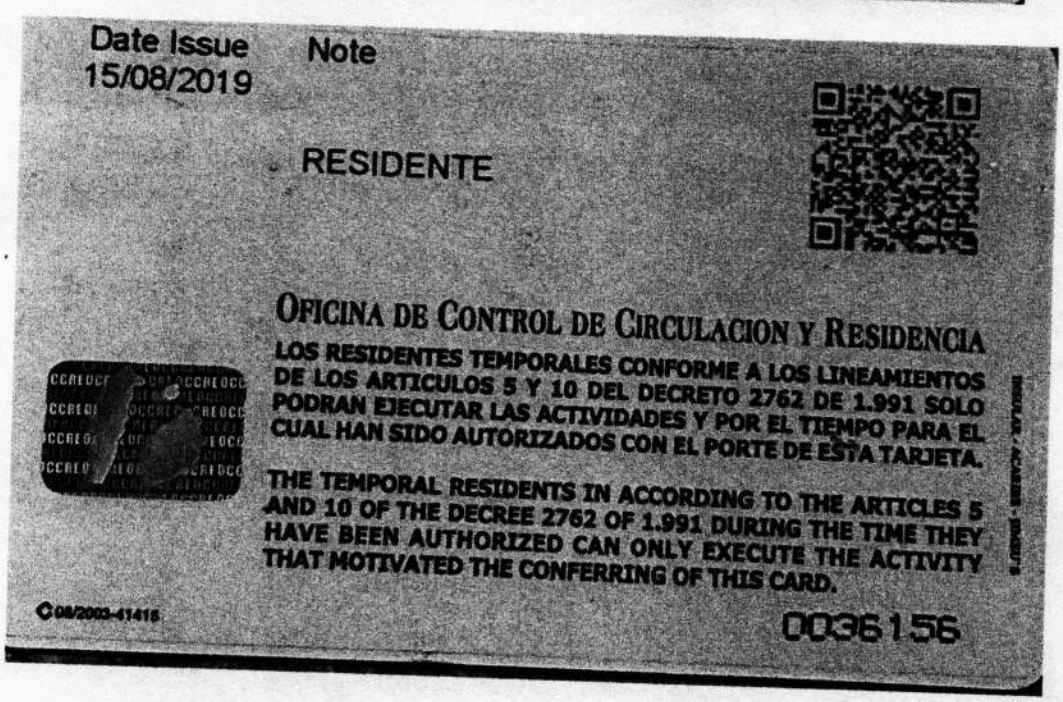
11-DIC-2017 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-5600100-00973548-F-1123638988-20180129 0059324159A 1 48054784

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL


O.C.C.R.E
REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS
CC 1123638988
DELFIS DEL CARMEN
SIERRA MARTINEZ
Date of Birth 08/12/1999
Place of Birth SAN ANDRES ISLAS
RH A+ Heigth NA
Live in San Andrés
RESIDENT
Signature


Date Issue
15/08/2019
Note
RESIDENTE
OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA
LOS RESIDENTES TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LOS ARTICULOS 5 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO PODRAN EJECUTAR LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL CUAL HAN SIDO AUTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.
THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 5 AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY HAVE BEEN AUTHORIZED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY THAT MOTIVATED THE CONFERRING OF THIS CARD.
08/2003-41416
0036156

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

PERSONERÍA JURÍDICA, RESOLUCIÓN No. 1326, DEL 25 DE MARZO DE 1975, DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Fisioterapeuta

A

Sierra Martinez Delfis del Carmen

C.C. No. 1.123.638.988 de San Andrés

En testimonio de ello, le otorga el presente Diploma en Cartagena de Indias D.T. y C. Bolívar, el día 18 del mes de noviembre de 2021.

Rector

Decano

Secretario

Anotado en el folio 211 del libro 2 de Registro de Diplomas, a los 18 días del mes de noviembre de 2021 No. 13164

La salud es de todos

Minsalud

COLFI

Colegio Colombiano de Fisioterapeutas

Identificación Única del Talento Humano en Salud

FISIOTERAPEUTA

DELFIS DEL CARMEN SIERRA MARTINEZ

CC 1123638988

Universidad de San Buenaventura

Cartagena

Fecha Expedición Diploma: 2021-11-18

Fecha Inscripción RETHUS: 2021-12-03



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Causil	Guardia	Karen Lorena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1123631533	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 02 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.

MUNICIPIO SAN ANDRÉS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 13 null null BARRIO CIUDAD PARAISO C 25

PAÍS COLOMBIA DEPTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.

MUNICIPIO SAN ANDRÉS

TELÉFONO EMAIL karencausil@hotmail.com

2 FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

(TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	12	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	07	2023	35919
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	07	2020	260102

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SAN ANDRES	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3173819639	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA						*DIRECCIÓN*						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SAN ANDRES	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	02	*Mes*	07	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AESORA PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA* AREA DE DESARROLLO SOCIAL						*DIRECCIÓN*						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	04	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA						*DIRECCIÓN* - BARRIO LA LOMA ANCIANATO						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	06	*Año*	2021	*Día*	16	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA						*DIRECCIÓN* - VIA SAN LUIS CLINICA VILLA REAL PISO 1						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA						*DIRECCIÓN* - AV NEWBALL ICBF LOS ALMENDROS						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD BANCO DAVIVIENDA S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.	*MUNICIPIO* SAN ANDRÉS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5124260	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	10	*Año* 2012	*Día*	01	*Mes*	04	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AASESOR COMERCIAL	*DEPENDENCIA* ASESOR COMERCIAL					*DIRECCIÓN* AVENIDA null null null av costa rica						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*		
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	10

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.123.631.533**

CAUSIL GUARDIA

APELLIDOS

KAREN LORENA

NOMBRES

Karen Causil.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-FEB-1994**

SAN ANDRES
(SAN ANDRES)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-MAR-2012 SAN ANDRES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5600100-00381172-F-1123631533-20120601 0030119611A 1 30243692

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA ISLAS



CC 1123631533
KAREN LORENA
CAUSIL GUARDIA
Date of Birth 10/02/1994
Place of Birth SAN ANDRES ISLAS
RH O+ Height 1.60
Live in San Andres

RESIDENT

Signature

Date Issue
02/12/2019

Note

RESIDENTE

OFICINA DE CONTROL DE CIRCULACION Y RESIDENCIA

LOS RESIDENTES TEMPORALES CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LOS ARTICULOS 5 Y 10 DEL DECRETO 2762 DE 1.991 SOLO PODRAN EJECUTAR LAS ACTIVIDADES Y POR EL TIEMPO PARA EL CUAL HAN SIDO AUTORIZADOS CON EL PORTE DE ESTA TARJETA.

THE TEMPORAL RESIDENTS IN ACCORDING TO THE ARTICLES 5 AND 10 OF THE DECREE 2762 OF 1.991 DURING THE TIME THEY HAVE BEEN AUTHORIZED CAN ONLY EXECUTE THE ACTIVITY THAT MOTIVATED THE CONFERRING OF THIS CARD.

0036504

POLI
POLITECNICO
GRANCOLOMBIANO

Personería Jurídica: Resolución 19349 del 4 de Noviembre de 1980
Ministerio de Educación Nacional: Reforma Estatutaria 9961 del 11 de Septiembre de 1991

En atención a que:

Karen Lorena Causil Guardia

CC No 1123631533 Expedida en San Andres

Ha cursado todos los estudios y cumplido los requisitos establecidos por la Institución y las disposiciones legales, le otorga el título de

Psicólogo

y le expide el presente diploma que acredita su idoneidad,
en testimonio de lo cual se firma y sella.

Bogotá D.C. septiembre 15 de 2020

EL RECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

Este Diploma se registró en el Libro de Diplomas con el No. [illegible] de fecha [illegible] de 2020

Registrado en el Folio [illegible] del Libro [illegible]

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa De La Sagrada Familia

San Andrés Isla

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 356 de Enero 14 de 1988.

Confiere a:

Karen Lorena Causil Guardia

El Certificado de

Bachiller Básico

Según Articulo 11 del Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica de acuerdo con el PEI, los planes y programas vigentes

Dado en San Andrés Isla, a los 25 días del mes de Noviembre de 2005

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Barrios	Marimon	Saul Enrique

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 18010118	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 18010118 D.M. 14

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 12 MES 04 AÑO 1982	- BARRIO CANTERAS			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.
DEPTO	BOLÍVAR	MUNICIPIO	PROVIDENCIA		
MUNICIPIO	CARTAGENA DE INDIAS	TELÉFONO	5121488	EMAIL	NINO_0413@HOTMAIL.COM

2 FORMACION ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		FISIOTERAPIA	12	2004	18010118

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL			X			X			

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SAN ANDRES			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.	MUNICIPIO SAN ANDRÉS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5130801	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	15	Mes	06	Año 2017	Día	07	Mes	12	Año	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA	DEPENDENCIA A TERMINO FIJO					DIRECCIÓN Avenida Francisco Newball No. 6-30, Edificio Coral Palace						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SAN ANDRES			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.	MUNICIPIO SAN ANDRÉS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5130801	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	23	Mes	01	Año 2014	Día	26	Mes	12	Año	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA DEPORTE Y RECREACION					DIRECCIÓN - CALLE 6 # 1-22 BLOQUE 1 PISO 2 AV NEWBALL						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SAN ANDRES			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS.	MUNICIPIO SAN ANDRÉS					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5130801	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	27	Mes	11	Año 2008	Día	26	Mes	12	Año	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA ADMINISTRACION DEPORTES					DIRECCIÓN Avenida Francisco Newball No. 6-30, Edificio Coral Palace						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:		Mes:		Año:	Día:		Mes:		Año:		
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	11
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	5

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Saul Bunos M

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

SAUL BARRIOS MARIMON
CC: 18.010.118 DE SAN ANDRÉS ISLA
DIRECCION: BARRIO SAGRADA FAMILIA

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 18.010.118



BARRIOS MARIMON

SAUL ENRIQUE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.67	M

Fecha de nacimiento: 12 ABR 1982 G.S: O+

Lugar de nacimiento: CARTAGENA (BOLIVAR)

Fecha y lugar de expedición: 14 ABR 2000, SAN ANDRES

Firma: Saul Barrios M

Fecha de expiración: 21 SEPT 2031

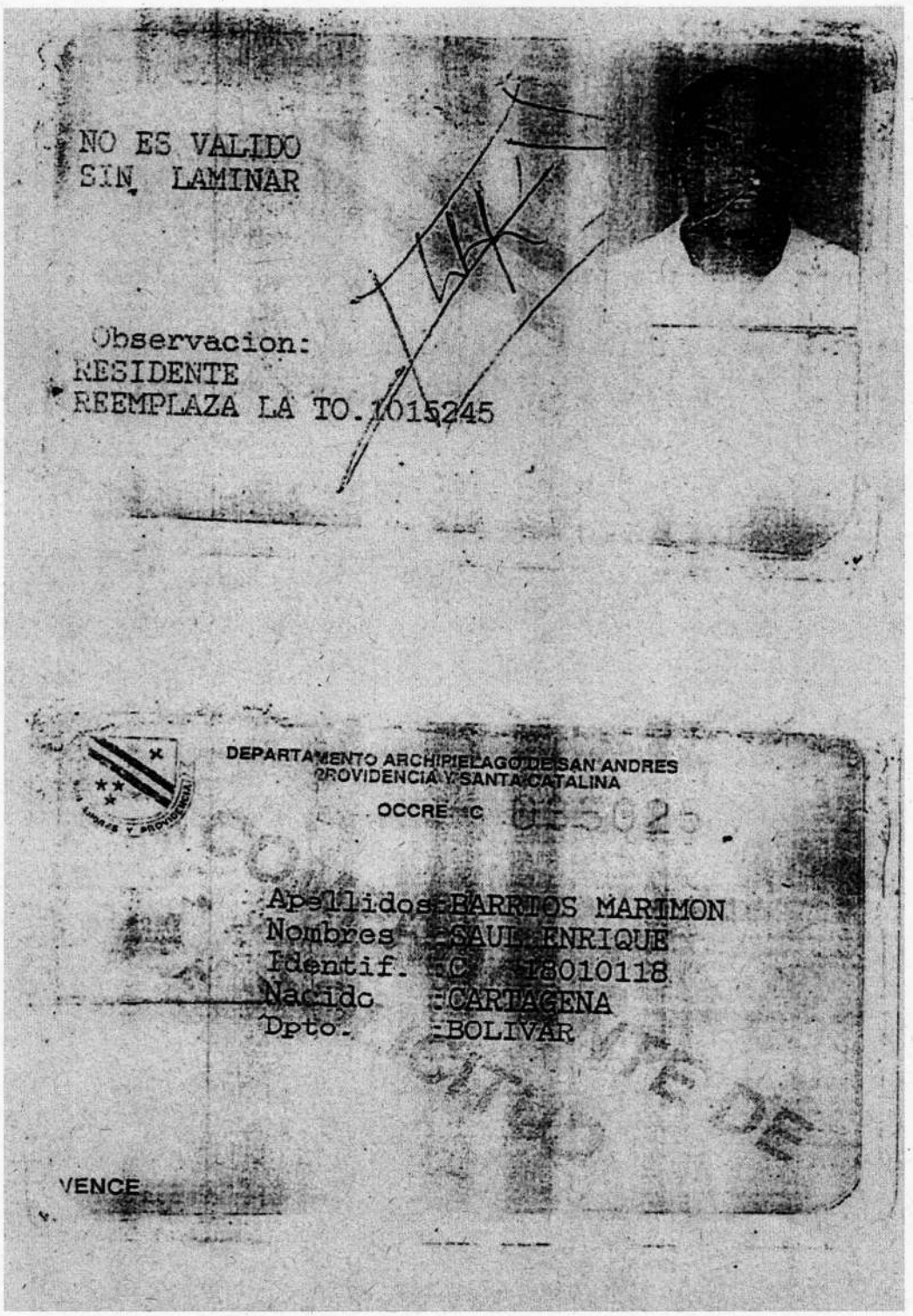
000935227

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL000935227456001<<<<<<<<<<
8204125M3109214COL18010118<<<2
BARRIOS<MARIMON<<SAUL<ENRIQUE<

Powered by CamScanner

SAUL BARRIOS MARIMON
CC: 18.010.118 DE SAN ANDRÉS ISLA
DIRECCION: BARRIO SAGRADA FAMILIA



Powered by CamScanner

SAUL BARRIOS MARIMON
CC: 18.010.118 DE SAN ANDRÉS ISLA
DIRECCION: BARRIO SAGRADA FAMILIA

COLFI
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas

Identificación Única del Talento Humano en Salud
FISIOTERAPEUTA

SAUL ENRIQUE BARRIOS MARIMON
CC 18010118
Universidad Simón Bolívar
Barranquilla

Fecha Expedición Diploma: 2004-12-09
Fecha Inscripción RETH: 2013-01-03



Esta tarjeta es un documento público y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Es personal e intransferible.

Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Fisioterapeutas: colegio@colfi.co

Imma Quitzel Caicedo Molina
Representante Legal

COLFI - 18730

Firma

Powered by CamScanner

OBLIGACION	*ENTREGABLE*
Listado de las 35 personas Adultas mayores beneficiarias	*Listado de Adultos Mayores al mes de Mayo de 2024 correspondiente a 30 A.M. 20 hombres y 10 mujeres. Registrados como población especial de Registro de Adultos Mayores residentes en CBA. 23 de los Asilados.*

LISTADO DE ADULTOS MAYORES: Presentamos el listado de los 30 adultos mayores que están pernotando en la fundación Hogar del anciano a la fecha de Mayo 29 a Junio 29 de 2024.

Están resaltado de color azul los Hombres en número encontramos 20 A.M. y en Amarillo las Mujeres, en número encontramos 10 mujeres.

El listado contiene el nombre del Adulto Mayor, su sexo, fecha de nacimiento, edad, numero de documentos de identidad, y fecha de expedición de la cédula, asi como su DXS y finalmente su peso en Kg.

Como verán los DXS son variados debidos al envejecimiento y estado físico de los Adultos Mayores.

Adjunto cuadro.

FUNDACION HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

LISTA DE ADULTOS MAYORES AL MES: 29 DE MAYO DEL 2024

ITEM	NOMBRE	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NUMERO CEDULA	FECHA DE EXPEDICION	DXS	PESO/KL
1	ARCHBOLD CARLOS ANTONIO	MASCULINO	26/01/1950	74	15241566	17/01/1976	HTA	58,8
2	BARRIENTOS LUIS ALFONSO	MASCULINO	14/12/1941	82	6555759	16/09/1964	HTA-DIABETES	58,8
3	BOWIE BRANDT DINA	FEMENINO	3/02/1957	67	40993760	18/09/2002	HTA. CEG., HIPOACUSIA	125,1
4	BRITTON FORBES LINO HERNANDO	MASCULINO	20/05/1951	73	15240738	24/07/1973	HTA, HIPERPLASIA PROST.	49,8
5	CARDONA DAWKINS JOSE MANUEL	MASCULINO	13/10/1950	72	15240383	4/05/1972	PARKINSON.	98
6	CORTINA TORRES AZAEL	MASCULINO	17/04/1939	85	862428	25/08/1960	GLAUCOMA	77
7	CORREA LOPEZ JOSE HERNANDO	MASCULINO	24/09/1938	84	3559754	19/12/1961	HTA, GLAUCOMA, ACV	59,9
8	DIAZ ANA LUISA	FEMENINO	24/12/1932	90	20096628	30/12/1959	FACTURA DE CADERA	41,3
9	HERNANDEZ LUNA ARGEMIRO JOSE	MASCULINO	9/06/1961	63	73092471	24/09/1979	HTA, DEMENCIA, EPILEPSIA	69,8
10	DELGADO DELGADO ALVARO BOSCO	MASCULINO	10/10/1948	74	10057387	6/03/1967	DIABETES, HIPOACUSIA	56,6
11	ESCOBAR BERNAL ANTONIO ALBERTO	MASCULINO	2/08/1938	84	2920431	24/05/1960	EPOC	60,7
12	GOMEZ PEREZ JAIRO	MASCULINO	13/06/1965	59	9286420	15/05/1985	HTA,	40
13	HERNANDEZ LOTERO ALVARO	MASCULINO	17/08/1942	79	4611000	16/02/1965	HTA, DIABETES	61,3
14	HUMPHRYES MANUEL BERNARDO	MASCULINO	11/11/1941	81	17048440	28/11/1982	HTA, DIABETES	85
15	LEAL NARVAEZ GREGORIO ALFONSO	MASCULINO	19/07/1939	83	3789570	2/02/1961	HTA, DAÑO RENAL	42,3
16	MITCHELL POMARE NELDA MAE	FEMENINO	8/05/1931	93	23246014	20/12/1956	HTA. TRASTORNO DEL SUEÑO	60,9
17	MONSALVE MONSALVE LUIS CARLOS	MASCULINO	27/11/1944	78	8385252	20/12/1965	CATARATAS, GLAUCOMAS	51,4
18	NEGRETE GONZALEZ SILVIA	FEMENINO	11/08/1940	82	28006203	26/07/1965	HTA, DEME, FRACT. ROD.	64,7
19	NEWBALL RODOLF	MASCULINO	1/12/1940	82	4033352	18/12/1961	HTA	72,3
20	NEWBALL HUDGSON DELFINA CECILIA	FEMENINO	12/01/1934	90	23246699	18/12/1961	HTA, ANEMIA	59,7
21	NOVOA VELANDIA JOSE JOAQUIN	MASCULINO	16/10/1941	81	6084732	5/12/1962	HTA, DIABETES	57,6
22	OROZCO DE RODELO CANDELARIA ISABEL	FEMENINO	28/03/1935	89	22297866	16/06/1961	DEMENCIA SENIL	49,8
23	PAJARO CAMPO JOSE CONCEPCIÓN	MASCULINO	8/12/1945	79	9088849	16/09/1970	DHTA, DIABETES TIPO II	72,1
24	PINEDA DIAZ ADOLFO	MASCULINO	22/02/1945	79	15240696	22/05/1973	DHTA, DIABETES TIPO II	48
25	PULIDO ONOFRE	MASCULINO	27/03/1946	78	17143359	27/05/1946	HTA	76,1
26	KYRCHMAN DE RODAS (SISI) IRVY	FEMENINO	14/04/1926	98	23245110	5/11/1958	DIAB, DEM. SENIL, DEP.	47,8
27	SUAREZ TORRES EDUARDO ENRIQUE	MASCULINO	31/12/1939	83	10790549	18/12/1961	HTA, ANEMIA	53,1
28	TAYLOR FLOREZ RUBY ALBA	FEMENINO	5/12/1934	88	29208822	6/03/1959	ALZAHIMER	58,1
29	WELCOME LAMBSON ELBA TERESA	FEMENINO	14/09/1945	79	23247590	2/01/1970	DHTA, DIABETES TIPO II	66,5
30	ZAMORA BERNAL MERCEDES DEL CARMEN	FEMENINO	17/02/1930	94	20201096	17/10/1961	PARKINSON, C.A PIEL	45,4

20 HOMBRES | 10 MUJERES

HNA. ELBA INTENCIPA S. DIRECTORA Correo electrónico: hogarsanpedroclaver31@gmail.com celular: 3204703520

Minuta Nutricional para cada una de las raciones alimentarias al mes	*Minuta Nutricional Patrón para Adulto Mayor adaptada a los hábitos alimenticios de la región y a la disponibilidad de alimentos locales.*

MINUTA PATRON NUTRICIONAL: Presentamos la minuta patrón nutricional alimentaria, en los aspectos de alimentación y nutrición para los adultos mayores, cumpliendo con las recomendaciones de calorías y nutrientes para éste tipo de población, adaptada a los hábitos alimenticios de la Isla, así como también a la disponibilidad de alimentos locales, en el mercado, que están indirectamente relacionados en su abastecimiento por la ubicación geográfica, por el servicio, la accesibilidad, fletes y transportes tanto marítimos como aéreos, que influye en su existencia en el mercado, como su estado de maduración o conservación y desde luego el precio del bien en el mercado de acuerdo a los costos de adquisición.

En la minuta patrón hemos establecido los tres momentos indispensables en la alimentación del Adulto Mayor: Desayuno, Almuerzo y Cena. El grupo de alimentos, su frecuencia, cantidad en gramos y en medida.

De la minuta patrón hemos establecido los alimentos que se deben preparar en el transcurso de la semana, corroborando la variedad en el menú, y a través de las cuatro semanas del mes promedio.

MINUTA PATRON HOGAR DE ANCIANOS SAN PEDRO CLAVER

DESAYUNO

GRUPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA	CANTIDAD GRAMOS	CANTIDAD MEDIAD CASERA
LACTEOS	TODOS LOS DIAS	200 ML	1 VASO MEDIANO
SUSTITUTO	TODOS LOS DIAS		
SALCHICHA	2 VECES/ SEMANA	25 GRAMOS	1 UNIDAD MEDIANA
SALCHICHON	2 VECES/ SEMANA	34 GRAMOS	1 TAJADA GRUESA
QUESO	3VECES/ SEMANA	30 GRAMOS	1 TAJADA PEQUEÑA SEMIGRUESA
HUEVO	TODOS LOS DIAS	50 GRAMOS	1 UNIDAD PEQUEÑA
CEREAL	TODOS LOS DIAS		
PAN	4 VECES/ SEMANA	22 GRAMOS	1 TAJADA MEDIANA
GALLETA	2 VECES/ SEMANA	30 GRAMOS	3 GALLETAS
AVENA	2 VECES / SEMANA	24 GRAMOS	4 CUCHARADAS SOPERAS
COLADA	3 VECES/ SEMANA	150 GRAMOS	1 TAZA MEDIANA
OTRO			
FRUTA	TODOS LOS DIAS		1 UNIDAD MEDIANA
AZUCAR (*sólo para los que no tengan DM2 o restricción de azúcar)	4 VECES/ SEMANA	26 GRAMOS	2 CUCHARADAS SOPERAS COLMADAS
GRASA	TODOS LOS DIAS	5 GRAMOS	1 CUCHARADA DULCERA RASA

ALMUERZO

GRUPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA	CANTIDAD GRAMOS	CANTIDAD MEDIAD CASERA
SOPA	TODOS LOS DIAS	100 ML	1 CUCHARÓN DE SOPA
PROTEINA	TODOS LOS DIAS		
CARNE	3 VECES/ SEMANA	90 GRAMOS	1 TROZO MEDIANO
POLLO	2 VECES/ SEMANA	80 GRAMOS	1 TROZO MEDIANO
CERDO	1 VEZ/ SEMANA	90 GRAMOS	1 TROZO MEDIANO
PESCADO	1 VEZ SEMANA	90 GRAMOS	1 TROZO MEDIANO
LEGUMINOSA(fríjol, lenteja)	2 VECES POR SEMANA	100 ML	1 CUCHARÓN
CEREAL	TODOS LOS DIAS		
ARROZ	TODOS LOS DIAS	80 GRAMOS	6 CUCHARADAS SOPERAS
TUBERCULO (PAPA)	3 VECES/ SEMANA	60 GRAMOS	1 UNIDAD MEDIANA
PLÁTANO	4 VECES / SEMANA	78 GRAMOS	½ DE LA UNIDAD
OTRO			
VERDURAS EN ENSALADA CRUDA O COCIDA O SOPA	TODOS LOS DIAS	90 GRAMOS	1 TAZA
AZUCAR (*sólo para los que no tengan DM2 o restricción de azúcar)	TODOS LOS DIAS	26 GRAMOS	2 CUCHARADAS SOPERAS COLMADAS
GRASA	TODOS LOS DIAS	5 GRAMOS	1 CUCHARADA DULCERA RASA

MINUTA PATRON HOGAR DE ANCIANOS SAN PEDRO CLAVER

CENA

GRUPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA	CANTIDAD GRAMOS	CANTIDAD MEDIAD CASERA
LACTEOS	TODOS LOS DIAS	200 ML	1 VASO MEDIANO
SUSTITUTO	3 VECES/ SEMANA		
QUESO	3 VECES/ SEMANA	30 GRAMOS	1 TAJADA PEQUEÑA SEMIGRUESA
CEREAL			
PAN GALLETA COLADA AVENA OTRO	1 VEZ/ SEMANA 3 VECES/ SEMANA 4 VECES/ SEMANA 1 VEZ/ SEMANA	22 GRAMOS 30 GRAMOS 150 GRAMOS 24 GRAMOS	1 TAJADA MEDIANA 3 GALLETAS 1 TAZA MEDIANA 4 CUCHARADAS SOPERAS
FRUTA	3 VECES/ SEMANA		1 UNIDAD MEDIANA
AZUCAR (*sólo para los que no tengan DM2 o restricción de azúcar)	TODOS LOS DIAS	26 GRAMOS	2 CUCHARADAS SOPERAS COLMADAS

NAHAMA MYLES ABDUL AZIS
NUTRICIONISTA DIETISTA
06/03/2023
Cel.3166010148

CICLO DE MENÚ SEMANA 1

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**
BEBIDA EN LECHE HUEVO CON SALCHICHA PAN COLADA BANANO	BEBIDA EN LECHE HUEVO CON TOMATE Y CEBOLLA PAN CON QUESO GALLETA	BEBIDA LECHE HUEVO CON SALCHICHÓN AVENA MELON	BEBIDA EN LECHE TORTILLA DE HUEVO PAN COLADA QUESO	BEBIDA EN LECHE HUEVO CON SALCHICHA PAN GALLETA PAPAYA	BEBIDA EN LECHE HUEVO CON SALCHICHÓN PAN AVENA SANDIA	BEBIDA EN LECHE HUEVO TOMATE Y CEBOLLA PAN CON QUESO COLADA
ALMUERZO	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**
SOPA DE VERDURAS CARNE MOLIDA CON VERDURAS ARROZ CON PIMENTÓN FRIJOLES TAJADAS DE MADURO ENSALADA JUGO DE TOMATE DE ARBOL	CREMA DE AHUYAMA LOMO CERDO GUISADO ARROZ BLANCO PATACON ENSALADA JUGO DE MORA	SOPA DE VERDURAS CARNE GUISADA ARROZ CON FIDEOS PAPA COCIDA ENSALADA JUGO DE MARACUYÁ	CREMA DE ESPINACA POLLO DESMECHADO CON VERDURAS ARROZ BLANCO TAJADAS DE MADURO ENSALADA JUGO DE LULO	SOPA DE VERDURAS PESCADO GUISADO ARROZ CON COCO FRUTA DE PAN FRITA ENSALADA JUGO DE PANELA CON LIMON	CREMA DE ZANAHORIA CARNE MOLIDA LENTEJAS TAJADAS DE MADURO ARROZ DE BLANCO ENSALADA JUGO DE GUAYABA	SOPA DE VERDURAS POLLO GUISADO ARROZ CON PIMENTÓN FRUTA DE PAN COCIDA ENSALADA JUGO DE MANGO
CENA	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**
BEBIDA LÁCTEA QUESO PAN	GALLETA COLADA MANZANA	BEBIDA LÁCTEA EMPANADAS GALLETA	GALLETA QUESO COLADA	BEBIDA LÁCTEA COLADA PAPAYA	GALLETA QUESO COLADA	GALLETA PIÑA AVENA PAN

NAHAMA MYLES ABDUL AZIS
NUTRICIONISTA DIETISTA
06/03/2023
Cel.3166010148

CICLO DE MENÚ SEMANA 2

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**
BEBIDA EN LECHE HUEVO CON SALCHICHÓN PAN AREPA CON QUESO BANANO	BEBIDA EN LECHE TORTILLA HUEVO PAN CON QUESO GALLETA	BEBIDA LECHE HUEVO CON SALCHICHA AVENA SANDIA	BEBIDA EN LECHE TORTILLA CON TOMATE Y CEBOLLA PAN CON QUESO COLADA	BEBIDA EN LECHE HUEVO CON SALCHICHA EMPANADAS GALLETA PAPAYA	BEBIDA EN LECHE HUEVO CON SALCHICHÓN PAN AVENA MELON	BEBIDA EN LECHE TORTILLA CON JAMÓN Y CEBOLLA PAN CON QUESO COLADA
ALMUERZO	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**
SOPA DE VERDURAS ALBÓNDIGAS DE CARNE GUISADA ARROZ CON BLANCO FRÍJOLES TAJADAS DE MADURO ENSALADA JUGO DE TOMATE DE ARBOL	CREMA DE AHUYAMA POLLO DESMECHADO ARROZ CIN FIDEOS PAPA COCIDA ENSALADA JUGO DE MORA	SOPA DE VERDURAS PESCADO EN SALSA CRIOLLA ARROZ CON COCO FRUTA DE PAN FRITA ENSALADA JUGO DE PANELA CON LIMON	CREMA DE ESPINACA LOMO CERDO GUISADO CON VERDURAS ARROZ BLANCO PLÁTANO MADURO COCIDO JUGO DE LULO	SOPA DE VERDURAS CARNE GUISADA ARROZ DE ZANAHORIA PATACÓN ENSALADA JUGO DE MARACUYÁ	SOPA DE VERDURAS POLLO GUISADO ARROZ CON PIMENTÓN FRUTA DE PAN COCIDA ENSALADA JUGO DE MANGO	CREMA DE ZANAHORIA CARNE MOLIDA LENTEJAS TAJADAS DE MADURO ARROZ DE VERDURAS ENSALADA JUGO DE GUAYABA
CENA	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**
BEBIDA LÁCTEA EMPANADAS GALLETA	GALLETA QUESO COLADA	BEBIDA LÁCTEA QUESO PAN	GALLETA COLADA MANZANA	GALLETA QUESO COLADA	BEBIDA LÁCTEA COLADA PAPAYA	GALLETA PIÑA AVENA PAN

NAHAMA MYLES ABDUL AZIS
NUTRICIONISTA DIETISTA
06/03/2023
Cel.3166010148

CICLO DE MENÚ SEMANA 3

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**
BEBIDA EN LECHE HUEVO CON SALCHICHA EMPANADAS COLADA BANANO	BEBIDA EN LECHE HUEVO CON TOMATE Y CEBOLLA PAN CON QUESO GALLETA	BEBIDA EN LECHE HUEVO TOMATE Y CEBOLLA TOSTADAS COLADA QUESO	BEBIDA EN LECHE TORTILLA CON JAMÓN PAN CON QUESO COLADA	BEBIDA EN LECHE HUEVO CON SALCHICHÓN AREPA DE QUESO GALLETA PAPAYA	BEBIDA EN LECHE HUEVO CON JAMÓN PAN COLADA SANDIA	BEBIDA LECHE HUEVO CON SALCHICHA AVENA MELON
ALMUERZO	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**
SOPA DE VERDURAS POLLO GUISADO ARROZ DE ZANAHORIA FRUTA DE PAN FRITA ENSALADA JUGO DE MANGO	CREMA DE AHUYAMA CARNE MOLIDA CON SPAGUETTIS TAJADAS DE MADURO ENSALADA JUGO DE GUAYABA	CREMA DE ZANAHORIA POLLO DESMECHADO CON VERDURAS ARROZ FIDEOS TAJADAS DE MADURO ENSALADA JUGO DE LULO FRÍJOL	SOPA DE VERDURAS CARNE GUISADA ARROZ CON FIDEOS PAPA COCIDA ENSALADA JUGO DE MARACUYÁ	SOPA DE VERDURAS SALPICÓN DE PESCADO ARROZ BLANCO YUCA COCIDA ENSALADA JUGO DE PANELA CON LIMON	CREMA DE ESPINACA LOMO CERDO GUISADO ARROZ BLANCO PLÁTANO EN TENTACIÓN ENSALADA JUGO DE MORA	SOPA DE VERDURAS CARNE MOLIDA CON PAPA ARROZ CON PIMENTÓN LENTEJAS ENSALADA JUGO DE TOMATE DE ARBOL
CENA	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**
GALLETA QUESO COLADA	GALLETA PIÑA AVENA PAN	BEBIDA LÁCTEA EMPANADAS GALLETA	BEBIDA LÁCTEA COLADA PAPAYA	BEBIDA LÁCTEA QUESO PAN	GALLETA QUESO COLADA	GALLETA COLADA MANZANA

NAHAMA MYLES ABDUL AZIS
NUTRICIONISTA DIETISTA
06/03/2023
Cel.3166010148

CICLO DE MENÚ SEMANA 4

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**	**DESAYUNO**
BEBIDA EN LECHE TORTILLA DE JAMÓN Y QUESO PAN COLADA PAPAYA	BEBIDA LECHE HUEVO CON SALCHICHÓN AVENA PAN	BEBIDA EN LECHE HUEVO CON TOMATE Y CEBOLLA COLADA GALLETA	BEBIDA EN LECHE TORTILLA DE HUEVO AREPA DE QUESO MELON	BEBIDA EN LECHE HUEVO CON SALCHICHA PAN BANANO	BEBIDA EN LECHE HUEVO TOMATE Y CEBOLLA PAN COLADA PAPAYA	BEBIDA EN LECHE HUEVO CON SALCHICHÓN PAN CON QUESO AVENA
ALMUERZO	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**	**ALMUERZO**
CREMA DE AHUYAMA LOMO CERDO GUISADO ARROZ BLANCO PLÁTANO MADURO COCIDO ENSALADA JUGO DE MORA	CREMA DE ZANAHORIA CARNE MOLIDA LENTEJAS TAJADAS DE MADURO ARROZ DE VERDURAS ENSALADA JUGO DE GUAYABA	CREMA DE ESPINACA POLLO DESMECHADO CON VERDURAS ARROZ BLANCO PATACÓN ENSALADA JUGO DE LULO	SOPA DE VERDURAS CARNE GUISADA ARROZ CON ZANAHORIA PAPAS FRANCESA ENSALADA JUGO DE PANELA CON LIMÓN	SOPA DE VERDURAS CARNE MOLIDA CON VERDURAS ARROZ BLANCO FRIJOLES TAJADAS DE MADURO ENSALADA JUGO DE TOMATE DE ARBOL	SOPA DE VERDURAS PESCADO GUISADO ARROZ CON FIDEOS FRUTA DE PAN FRITA ENSALADA JUGO DE MARACUYÁ	SOPA DE VERDURAS POLLO GUISADO ARROZ CON PIMENTÓN YUCA COCIDA ENSALADA JUGO DE MANGO
CENA	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**	**CENA**
BEBIDA LÁCTEA QUESO PAN	GALLETA COLADA MANZANA	BEBIDA LÁCTEA EMPANADAS GALLETA	GALLETA QUESO COLADA	BEBIDA LÁCTEA COLADA PAPAYA	GALLETA QUESO COLADA	GALLETA PIÑA AVENA PAN

NAHAMA MYLES ABDUL AZIS
NUTRICIONISTA DIETISTA
06/03/2023
Cel.3166010148

OBLIGACION	*ENTREGABLE*
Presentar formato de registro de la ración alimentaria individual para su aprobación.	*Presentación del Diseño del formato de registro de la ración alimentaria individual para el Adulto Mayor. Identificado a nivel de imagen y confrontado con su huella dactilar como registro de consumo de la ración individual diaria.*

PRESENTACION DEL FORMATO DE RACION ALIMENTARIA INDIVIDUAL: Presentamos el formato de ración alimentaria individual para el Adulto Mayor de la fundación Hogar del anciano San Pedro Claver. Conformado por 11 ítems, e inserción de la fotografía del Adulto Mayor. Así:

1. Fecha
2. Numero contrato
3. Vigencia del contrato
4. Nombre del centro
5. Nombre del contratista
6. Nombre del adulto mayor
7. Tipo de documento
8. Numero de documento
9. Sexo
10. Peso
11. Registro de entrega individual de ración alimentaria

En el presente formato se selecciona el momento de la toma del alimento y el día de la semana describiendo en numero los siete dias de la semana y a través de la huella dactilar confirma su presencia y la toma del alimento señalado en la semana señalada, durante el mes.

	FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Fecha de Aprobación:	Código:
	PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES FORMATO REGISTRO DE RACION ALIMENTARIA_INDIVIDUAL HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Versión: 00	Página 1 de 60

1. FECHA (DD/MM/AAAA) 29/05/2024
2. NUMERO DEL CONTRATO: COLPCCNTR- 6363944
3. VIGENCIA DEL CONTRATO: SEIS MESES 11/23/2024
4. NOMBRE DEL CENTRO DE BIENESTAR AL ADULTO MAYOR: FUNDACION HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER
5. NOMBRE DEL CONTRATISTA: VICARIATO APOSTÓLICO
6. NOMBRES Y APELLIDOS PERSONA ADULTA MAYOR RESIDENTE DEL CENTRO DE BIENESTAR: _____
7. TIPO DOCUMEMNTO DE INDENTIFICACIÓN:
   CEDULA ___ PASAPORTE ____ OTRO___
8. NUMEMRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: _____
9. SEXO: M___ F__ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
10. PESO: _____
11. REGISTRO DE ENTREGA INDIVIDUAL DE RACIONES ALIMENTARIAS

Inserte la Fotografía Beneficiario (a)

Fecha de Inicio: DIA 29 MES 05 AÑO 2024

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

PRIMERA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

SEGUNDA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

Firma o Huella del Beneficiario (a) :

Seleccione con una (X) el cuadro indicando que el beneficiario (a) recibió la alimentación

TERCERA SEMANA	CUARTA SEMANA

DESAYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

DESAYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

QUINTA SEMANA

DESYUNO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO MAÑANA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
ALMUERZO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
REFRIGERIO TARDE	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CENA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7

OBSERVACIONES: _____

_____

Firma o Huella del Beneficiario (a)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

OBLIGACION	*ENTREGABLE*
Informe del estado General a nivel médico, nutricional, psicológico y social de cada Adulto Mayor.	*Información General Médico, nutricional, psicológica y social por adulto Mayor de acuerdo a su estado actual con su diagnostico*

INFORME DEL ESTADO GENERAL DEL ADULTO MAYOR: presentamos el informe del estado general del adulto mayor, encontrados a la fecha de Mayo 29 de 2024. El informe presenta el Estado General a nivel médico, psicosocial por adulto mayor.

Encontramos 30 adulto mayores, 20 hombres y 10 mujeres, dentro de cada información se encuentra:

- Tipología del paciente
- Identificación del paciente
- Edad del paciente
- Régimen
- Diagnostico
- Valoración
- Acciones de salud
- Tiempo de control
- Recomendaciones y signos de alarma

Los adultos mayores de la fundación hogar del anciano cuentan con la nueva eps para su valoración medica en su mayoría, atendidos en el hospital o en los centros de salud, loma y san Luis.

FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Código: FFIO01 Fecha:01/05/24 Version:001

INFORME DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

PERIODO: MAYO 29 AL 29 JUNIO 2024.

PACIENTE C.A.A.H CON NÚMERO DE CEDULA 15241566 DE 72 AÑOS, DE SEXO MASCULINO,NUEVA EPS SUBSIDIADO



- **Diagnostico Del Paciente:**
- **Amputación De Miembro Inferior Izquierdo, Hipertensión+incontinencia urinaria**
- Paciente valorado el 10 de mayo del 2023.Por la doctora Sissy Mitchell. El paciente es valorado por tele consulta y la llamada la recibe la hermana del ancianato. Da recomendaciones y signos de alarma.
- Control en 3 meses.
- Dentro de las acciones en salud gestionadas. Se solicitaron cita para medicina general, en el mes de marzo del 2024. Se realizo valoración de paciente

PACIENTE E.E.S.T CON NÚMERO DE CEDULA 10790549 DE 83 AÑOS, DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO



- **Diagnostico del Paciente:**
- **Hipertension Arterial+ Incontinencia Urinaria**
- Paciente valorado por el doctor Diego Santana, él día 20 de marzo del 2024.Paciente que es atendido en visita médica domiciliaria en ancianato san pedro Claver, al momento de la consulta se observa paciente en buen estado general, tolerando vía oral, oxígeno ambiente. Da recomendaciones y signos de alarma.
- Se solicita control para 3 meses.

PACIENTE R.N.CON NUMERO DE CEDULA 4033352 DE 83 AÑOS DE SEXO MASCULINO , SANITAS CONTRIBUTIVO.



- **Diagnostico del Paciente: Dislipidemia+hta+epoc+vertigo+dermatitis Seborreica+hpb+obesidad Morbida**
- Paciente quien se encuentra en el hogar de san pedro clavel se visita y se valora. en el momento consulta para reformulacion de medicamentos de base ,ademas para ser enviado a control por psiquiatria ya que paciente viene presentando alteraciones de realidades acompañado con alucinaciones por que tambien consulta .

FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Código: FFIO01 Fecha:01/05/24 Version:001



PACIENTE A.P.D. CON NÚMERO DE CEDULA 15.240.696 DE 78 AÑOS, DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO

- **Diagnóstico del Paciente:**
  Hipertensión + Diabetes Mellitus 2 + Amputación Infracondilea Miembro Inferior Izquierda.
- Paciente valorado por el doctora carolina Bent, el día 20 de marzo del 2024.En la atención del paciente, el medico observa que se encuentra en buen estado general. Le explica a la familia y al paciente los cuidados, da recomendaciones y signos de alarma.
  Se le solicita control para 3 meses.



PACIENTE J.H.C.L CON NÚMERO DE CEDULA 3.559.75 DE 84 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO.

Diagnóstico De Acv, Incontinencia, Glaucoma.

- Paciente valorado por el doctora carolina Diaz Bent , el día 21de marzo del 2024.es atendido en visita médica domiciliaria en ancianato san pedro Claver, al momento de la consulta paciente terminación de los medicamentos de patologías de base y querer realizar exámenes rutinarios de control.



PACIENTE B.H.M. CON NUMERO DE CEDULA 17.048.440. DE 81 AÑOS DE SEXO MASCULINO ,SANITAS CONTRIBUTIVO.

Diagnóstico Diabetes Mellitus Ii, Hipertension Arterial, Enfermedad Vascular Periferico No Especificada+portador De Marcapasos Bicameral Attesta Dr Mri De Medtronic.

- Paciente valorado por el doctor Rafael Ricardo Pitre por cirugía vascular el día 21 de abril del 2023. adulto quien acude en consulta presencial especializada Reporte con enfermedad arterial obstructiva crónica bilateral que compromete a ambas piernas. Le dan recomendaciones. Control en un mes por cirugía vascular.

Victoria Naranjo
Enfermera Jefe.



PACIENTE G.A.L.N CON NÚMERO DE CEDULA 3789570 DE 83 AÑOS DE SEXO MASCULINO,NUEVA EPS SUBSIDIADO.

- **Diagnostico De Hta+ Erc Estadio 4**
- valorado por el doctor Yeison Ruben Perez Ibarra el dia 16 febrero 2024 , paciente con función renal alterada , actualmente secundario a nefropatía hipertensiva , por el envejecimiento fisiológico, con nefropatía de paciente senil que se encuentra estable buen ritmo diurético , en buen estado general , sin signos de uremia asintomático quien debe continuar seguimiento por nefrología. Se dan recomendaciones. Control en 3 meses.



PACIENTE J.H.C.L CON NÚMERO DE CEDULA 3.559.754 DE 84 AÑOS DE SEXO MASCULINO ,NUEVA EPS SUBSIDIADO

- **Diagnóstico De Acv, Incontinencia, Glaucoma.**
- Paciente valorado por el doctor diego Alejandro Santana Gonzales, el día 2 de marzo del 2023.Paciente en seguimiento es atendido en visita médica domiciliaria en ancianato san pedro Claver, al momento de la consulta paciente terminación de los medicamentos de patologías de base y querer realizar exámenes rutinarios de control. Al momento de la consulta se observa paciente en buen estado general deambulando con ayuda del caminador, tolerando vía oral, oxigeno ambiente. Sé decide hacer formula de medicamentos de base hacer laboratorios rutinarios de control e interconsulta por medicina general domiciliaria 3 meses



PACIENTE J.G.P. CON NUMERO DE CEDULA 9286420 DE 57 AÑOS DE SEXO MASCULINO, NUEVA EPS SUBSIDIADO

- **Diagnostico HIPERTENSION, ATAXIA.+Incontinencia Urinaria**
- paciente en condiciones generales estable niega otra sintomatología se encuentra en buenas condiciones signos vitales dentro de la normalidad
- doy conciliación medicamentosa ,cita medicina general domiciliaria en 3 meses



PACIENTE L.C.M.M CON NUMERO DE CEDULA 8385252

79 AÑOS DE SEXO MASCULINO

- **Diagnostico Gastritis**
- Acude a consulta niega sintomatologia activa , refiere que se encuentra en buenas condiciones generales , por lo tanto se realiza conciliacion medicamentosa y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses



PACIENTE A.C. T CON NUMERO DE CEDULA 862428.DE 83 AÑOS, DE SEXO MASCULINO, AFILIADO A NUEVA EPS CONTRIBUTIVO.

- **Diagnostico Glaucoma.**
- Paciente valorado por el doctor Diego Santana, el día 2 de marzo del 2023.Al momento de la consulta se observa paciente en buen estado general. Tolerando vía oral, oxígeno ambiente. se dan recomendaciones y signos de alarma.



PACIENTE A.H.L IDENTIFICADO CON NUMERO DE CEDULA 73092471 DE 53 AÑOS DE SEXO MASCULINO, AFILIADO A NUEVA EPS SUBSIDIADO

- **Diagnostico demencia vascular,encefalopatia de wernicke, epilepsia**
- paciente con antecedente de epilepsia y demencia vascular que han desencadenado dependencia total se observa en buen estado general tolerando via oral , oxigeno ambiente. se dan recomendaciones y signos de alarma. cita control en 3 meses

PLANTA BAJA



PACIENTE L.J.M CON NÚMERO DE CEDULA 2865164 DE 89 AÑOS DE SEXO MASCULINO

- **Diagnostico De Erc E4 + Hta + Hipoacusai Bilateral + Sindrome Vertiginoso Cronicohta+estrechez Uretral +Portador De Sonda Suprapubica +Incontinencia Fecal**
- Paciente valorado por la doctora carolina Diaz Bent el dia 20 de marzo del 2024, se encuentra en buena condicion , niega sintomatologia activa doy conciliacion medicamentosa, laboratorios de control y control con medicina general domiciliaria en 3 meses.



PACIENTE A.B.D.D CON NÚMERO DE CEDULA 10.057.387 DE 74 AÑOS DE SEXO MASCULINO NUEVA EPS SUBSIDIADO.

- **Diangostico De Hta+alzheimer+trastorno Psicotico+sordera Bilateral.**
- Paciente Que Se Encuentra Buenas Condiciones Generales , El Dia 21 Marzo 2024 Por Medicina Interna Que Indica Valoracion Por Otorrinolaringologia,laboratorios De Control
- Control Por Medicina Interna Dentro De 3 Meses Con Resultados



PACIENTE L.A. B CON NÚMERO DE CEDULA 6555759 DE 81 AÑOS DE SEXO MASCULINO NUEVA EPS SUBSIDIADO

- **Diagnóstico HTA+DM2**
- Paciente Que Consulta Por Cuadro De Hiporexia, Niega Otro Sintomatologia Asociada , Al Examen Fisico Signos Vitales Estable, Se Indica Renovacion De Formulacion Ademas Laboratorios De Tmzaje, seguimiento por oftalmologia y medicina general domiciliaria por 3 meses.



PACIENTE O. P CON NÚMERO DE CEDULA 17.143.359 DE 76 AÑOS DE SEXO MASCULINO

- **Diagnostico Hta**
- se observa paciente en buen estado general deambulando con ayuda del caminador tolerando vía oral, oxigeno ambiente, se decide hacer fórmula de medicamentos de base hacer laboratorios rutinarios de control e interconsulta por medicina general de manera ambulatoria en 3 meses para evaluar estado de paciente. Sé dan recomendaciones.



PACIENTE A.H. L.CON NÚMERO DE CEDULA 4.611.000 DE 80 AÑOS DE SEXO MASCULINO

- **Diagnostico Hta+diabetes**
- paciente que consulta por renovacion de medicamentos niega sintomatologia cardiovascular al examen fisico signos vitales estable se indica renovacion de formulacion de medicacion y se le explica la conducta se dan recomendaciones, control e interconsulta por medicina general de manera ambulatoria en 3 meses para evaluar estado de paciente.



PACIENTE A. A. E.B CON NUMERO DE CEDULA 292043 DE 84 AÑOS DE SEXO MASCULINO NUEVA EPS CONTRIBUTIVO

- **Diagnostico Gastritis Cronica Superficial+ Cataratas Superficial**
- Paciente en tele consulta control crónicos p y p refiere sentirse bien con su tratamiento normal, deambulación según sus propias palabras no insomnio, no violencia intrafamiliar. Se dan recomendaciones. Control dentro de 3 meses por medicina general.



PACIENTE F. C. F. H. A. PACIENTE DE 83 AÑOS DE SEXO MASCULINO. NUEVA EPS CONTRIBUTIVO

- **Diagnóstico Insuficiencia Cardiaca, Incontinencia Urinaria.**
- Paciente valorado por el doctor Diego Santana el día 21 de marzo del 2024.Atendido en visita médica domiciliaria en ancianato San Pedro Claver al momento de consulta, con terminación de medicamentos. Al momento de la consulta no refiere sintomatología alguna. Se observa paciente en buen estado general deambulando con ayuda del caminador, tolerando vía oral, oxigeno ambiente. Se dan recomendaciones y control por medicina general en 3 meses



PACIENTE J.J.N. V CON NÚMERO DE CEDULA 6084732.PACIENTE DE 81 AÑOS DE SEXO MASCULINO. NUEVA EP SUBSIDIADO

- **Diagnóstico De Hiperplasia Prostatica, Diabetes Mellitus.**
- Paciente masculino quien se encuentra hemodinamicamente estable ,afebril,orientado,se encuentra normotenso ,quien asiste a control y reformulacion , refiere que las ultimas glucometrias son de 241 hoy resto examen fisico conservado se ordena laboratorios de control.
- se ordena continuar seguimiento con consulta externa
- se dan recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias



PACIENTE P.C.J.C CON NÚMERO DE CEDULA 9.068.849 CON 77 AÑOS, PACIENTE DE SEXO MASCULINO.

- **Diagnostico Hta+diabetes Mellitus 2**
- valorado por la doctora kimberly reales el día 05 febrero de 2024.Paciente valorado por tele consulta control crónicos p y p atiende la cita cuidadora en el ancianato. Se dan recomendaciones y control en 3 meses por medicina general.

SALA DE MUJERES



PACIENTE D.B. B CON NÚMERO DE CEDULA 40.993. 760 DE 66 AÑOS, DE SEXO FEMENINA, AFILIADA A NUEVA EPS SUBSIDIADO

- **Diagnostico Hipertensión Arterial, Sordomuda Esquizofrenia.**
- paciente acude a consulta 21 marzo 2024 del hogar san pedro claver acompañado de cuidadora quien niega sintomatologia activa, refiere se encuentra en buenas condiciones generales por lo tanto se realiza conciliacion medicamentosa y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses.
- Dentro de las acciones en salud gestionadas. Se solicitaron cita para medicina general, en el mes de junio del 2024. Se realizo valoración de paciente, formulación de medicamentos, laboratorios y controles.



PACIENTE N.M.M.P CON NÚMERO DE CEDULA 23.246.014 DE 91 AÑOS, DE SEXO FEMENINA, AFILIADA A NUEVA EPS SUBSIDIADA

- **Diagnostico Hipertensión Arterial, Hipoacusia Neurosensorial, Trastorno Del Sueño, Estreñimiento.**
- Paciente valorada por la doctora carolina Diaz Bent el dia 21 marzo 2024 se encuentra
- hemo dinámicamente estable, afebril hidratada, orientada. se dan recomendaciones y signos de alarma
- Control para 3 meses.
- Dentro de las acciones en salud gestionadas. Se solicitaron cita para medicina general, en el mes de junio del 2024. Se realizo valoración de paciente, formulación de medicamentos, laboratorios y controles.



PACIENTE D.N.H CON NÚMERO DE CEDULA 23246699 DE 89 AÑOS, DE SEXO FEMENINA, AFILIADA A NUEVA EPS CONTRIBUTIVO.

- **Diagnostico Hipertensión Arterial+oteoporosis,trastorno Del Sueño,Insuficiencia Venosa**
- Paciente valorada por la , el dia 27 de marzo de Carolina Diaz Bent 2024. hemodinamicamente estable,hidrata,orientada control para 3 meses.
- Dentro de las acciones en salud gestionadas. Se solicitaron cita para medicina general, en el mes de junio del 2024. Se realizo valoración de paciente, formulación de medicamentos, laboratorios y controles

PACIENTE C.O. DE R. CON NUMERO DE CEDULA 22.297.866. DE 87 AÑOS, DE SEXO FEMENINA, AFILIADA A NUEVA EPS SUBSIDIADO.



- **Diagnostico Incontinencia Urinaria +Hta Con Movilidad Reducida Edema De Miembros Inferiores.**
- Paciente es valorada por el doctora carolina Diaz Bent . El día 10 de abril del 2024. es atendida en visita médica domiciliaria en ancianato san pedro Claver, al momento de la consulta, se observa paciente en buen estado general tolerando vía oral oxigeno ambiente. Se dan recomendaciones y signos de alarma.
- Control para 3 meses.
- Dentro de las acciones en salud gestionadas. Se solicitaron cita para medicina general, en el mes de julio del 2024. Se realizo valoración de paciente, formulación de medicamentos y controles.

PACIENTE D. P. DE V. CON NÚMERO DE CEDULA 29.021.008 DE 86 AÑOS, DE SEXO FEMENINA, AFILIADA A NUEVA EPS SUBSIDIADA.



- **Diagnostico Hipertension Arterial,enfermedad Renal Cronica**
- Paciente valorada por el doctor yeison ruben perez el dia 16 febrero 2024
- Nefrologo .Al momento de la valoración, observa paciente con función renal converservada.Da recomendaciones y signos de alarma.
- Control en 3 meses Por Nefrologia.
- Dentro de las acciones en salud gestionadas. Se reclamaron medicamentos con resultados positivos sin problema.

PACIENTE I.K. DE R. CON NÚMERO DE CEDULA 23.245.110. DE 91 AÑOS, DE SEXO FEMENINA.



- **Diagnostico Del Paciente:hipertension Arterial, Diabetesmellitus.**
- Dentro de las acciones en salud gestionadas. Se administra medicamentos, dando como resultado positivo.

PACIENTE R.T. F CON NÚMERO DE CEDULA 29.208.822.DE 88 AÑOS, DE SEXO FEMENINA,AFILIADA A NUEVA EPS CONTRIBUTIVO



Diagnostico Hipertensión Arterial+ Transtono Psicotico

- Paciente valorada por la doctora Kimberly reales, el dia 02 de enero del 2024.El dia de la atención medica la doctora observa hemodinmicamente estable, afebril, hidratada , orientada , paciente.Se dan recomendaciones y signos de alarma Control en 4meses.
- Dentro de las acciones en salud gestionadas. Se solicitaron cita para medicina general, Se realizo valoración de paciente, formulación de medicamentos y controles.
- Dentro de los resultados obtenidos. Se encuentra la atención de paciente e historia clínica con respectivos soportes, se reclamaron medicamentos sin problema.

PACIENTE E. T. W. L. CON NÚMERO DE CEDULA 23.247.590. DE 78 AÑOS, DE SEXO FEMENINA, AFILIADA A PACIENTE CON EPS SANITAS CONTRIBUTIVO.



- **Diagnostico Hipertension Arterial, Diabetestipo 2+ Erc E3**
- Paciente valorada por la doctora leiby herrera, el dia 03 de marzo del 2024.El dia de la atención medica la doctora observa hemodinmicamente estable, afebril, hidratada , orientada , paciente.Se dan recomendaciones y signos de alarma Control
- Dentro de las acciones en salud gestionadas. Se administra medicamentos, dando un resultado positivo.

PACIENTE S.N.G. CON DE CEDULA 28006203 DE 82 AÑOS, DE SEXO FEMENINA, AFILIADA A NUEVA EPS SUBSIDIADO.



Diagnostico Demencia, Hipertension Arteria+incontinencia Urinaria

- paciente valorada el dia 27 marzo 2024 por la doctora carolina Diaz Bent acude a consulta con cuidadora del ancianto san pedro claver niega sintomatologia activa refiere se encuentra en buenas condiciones generales, se realixa conciliacion medicamentosa , formulacion de pañales y cita control con medicina general domiciliaria en 3 meses



PACIENTE A.L.D. CON NÚMERO DE CEDULA 20096628 DE 90 AÑOS, DE SEXO FEMENINA, AFILIADA A NUEVA EPS SUBSIDIADO.

- **Diagnostico Fractura De Cadera, Fibrilación Auricular.**
- Paciente valorada el 21de marzo del 2024 por el doctora carolina Bent Diaz. Atendida en visita médica domiciliaria en ancianato san pedro Claver. Al momento de la consulta, se observa paciente en buen estado general tolerando vía oral oxigeno ambiente. Se dan recomendaciones y signos de alarma.
- Control para 3 meses.



PACIENTE M. DEL C.Z. B CON NÚMERO DE CEDULA 20201096 DE 93 AÑOS, DE SEXO FEMENINA, AFILIADA A NUEVA EPS SUBSIDIADO.

- **Diagnostico Parkinson Ca Basocelular Nodular Y Micronodular En Región Frontal: Nivel De Invasion: Dermis Reticular+ hta+ delirio de persecucion**
- Paciente valorada por el doctora juan camilo peña , el día 6 de enero del 2024.En la atención del paciente, el doctor observa, estable, afebril, sin signos de dificultad respiratoria, tolerando vía oral. Se dan recomendaciones y signos de alarma.
- valoracion por psiquiatria 06 febrero 2024 cita control dentro de 4 meses
- Se solicita valoración con dermatología.

Enfermera jefe
Victoria Naranjo

Ana. Elba Intempo S
Jefe. T. Humano.

OBLIGACION	*ENTREGABLE*
Cronograma de atención en salud programadas para el mes por la entidad promotora de salud por cada adulto Mayor, en posición de desplazamiento.	*Cronograma de Atención en salud por parte de la promotora para cada Adulto Mayor identificado con su nombre, fecha y lugar de atención para su desplazamiento y/ o visita en el Hogar del anciano San Pedro Claver.*

CRONOGRAMA EN ATENCION EN SALUD 2024: Presentamos el cronograma en atención en salud que contiene el nombre del Adulto Mayor, especialidad, la fecha de la cita previa, la hora de la cita y el lugar donde lo atenderán.

Caber anotar que la atención mensual no cubre a todos los adultos mayores, por lo cual esta cronograma esta ajustado a la disponibilidad de la eps y a la agenda de la misma.

En éste mes de Junio serán atendidos solo 13 adultos mayores y esperando la agenda para el mes de julio, pues no permiten asignar citas posteriormente sino al mes próximo y en los primeros dias del mismo.

FUNDACIÓN HOGAR del ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER	Código: FFIOO1 Fecha:01/05/24 Version:001

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD 2024

NOMBRE	ESPECIALIDAD	FECHA	HORA	LUGAR
JOSE CARDONA	MEDICINA GENERAL +VACUNACION	26-06-24	8:00 A.M	HOGAR
LINO BRITON	MEDICO GENERAL + VACUNACION	26-06-24	8:00 A.M	HOGAR
NELDA MITCHEL	MEDICINA GENERAL + VACUNACION	26-06-24	8:00 A.M	HOGAR
RUBY TAYLOR	MEDICINA GENERAL + VACUNACION	26-06-24	8:00 A.M	HOGAR
GREGORIO LEAL	NEFROLOGIA	28-06-24	9:00 A.M	CLINICA LYND
CANDELARIA OROZCO	MEDICINA GENERAL ´+VACUNACION	26-06-24	8:00 A.M	HOGAR
ADOLFO PINEDA	OFTALMOLOGIA	22-06-24	7:00 AM	CLINICA LYND
CARLOS ARCHBOLD	MEDICINA GENERAL	26-06-24	8:00 A.M	HOGAR
JOSE HERNANDEZ	MEDICINA GENERAL	26-06-24	8:00 A.M	HOGAR
ADOLFO PINEDA	MEDICINA GENERAL + VACUNACION	26-06-24	8:00 A.M	HOGAR
EDUARDO SUAREZ	MEDICO GENERAL + VACUNACION	26-06-24	8:00 A.M	HOGAR
DINA BOWIE	MEDICINA GENERAL + VACUNACION	26-06-24	8:00 A.M	HOGAR
ALFONSO LEAL	MEDICINA GENERAL + VACUNACION	26-06-24	8:00 A.M	HOGAR

Enfermera Jefe
Victoria M.

Hna. Elba Intercipes S
Jefe P. Hogar

OBLIGACION	*ENTREGABLE*
Cronograma de las actividades Recreativas programadas mensualmente para los Adultos Mayores.	*Cronograma de Actividades grupales e individuales a desarrollar durante el mes con dos actividades semanales, su objetivo, interrelación y aplicabilidad en relacion al número de participantes.*

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS: Presentamos el cronograma de actividades recreativas del presente mes, describiendo el mes fecha de actividades, nombre de la actividad, los objetivos y la descripción de cada una de las actividades.

El número de participantes será en grupos o individuales de acuerdo con la descripción de la actividad donde en algunas se dan a conocer gustos y expectativas, actividades físicas, actividades de memoria, movilidad articular, actividades de música terapia a nivel recordatorio, de memoria y articular, dirigida a músculos y ejercicios respiratorios entre otros.

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL MES DE JUNIO/2024

MES	FECHAS DE ACTIVIDADES	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	# DE PARTICIPANTES
JUNIO	30/05/2023	● PRESENTACIÓN	✔Incentivar los lazos y toda red de apoyo orientada a la calidad de vida.	➢ Presentación de la población FUNDACIÓN HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER, dan a conocer sus expectativas y gustos dirigidos hacia la recreación y sano esparcimiento.	○ 30
	05/06/2024	● EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO.	✔Mantener y/ o aumentar el movimiento en las articulaciones con el fin de evitar contracturas musculares y lesiones futuras.	➢ Actividad física dirigida a miembro superior, realizando movilización articular de cabeza y cuellos, hombros, codos, muñecas, dedos y tronco.	○ 30
	07/06/2024	● INVENTEMOS UNA HISTORIA.	✔Estimular las funciones mentales superiores, cognitivas, sociales, sensorial, motriz y funcional. Evitando	➢ Actividad de memoria, iniciamos una historia con la típica frase "erase una vez "y los demás deben seguir la historia de manera coherente y creativa.	○ 30

			situaciones de aislamiento y pasividad.		
JUNIO	12/06/2024	EJERCICIOS PARA MIEMBROS SUPERIOR.	✔Desarrollar la potencia, resistencia y elasticidad de los músculos que participan en el funcionamiento y sostén de la espalda, cuello, hombros, codos, muñeca, dedos de las manos.	➢ Actividad dirigida a la movilidad articular, estirando articulaciones, cabeza-cuellos, espalda, hombros, codos, muñecas, dedos.	○ 30
	14/06/2024	CAER EN LA NOTA.	✔acceder a toda aquellas codificaciones y almacenamiento de todas aquellas informaciones que adquirimos a través de la experiencia y aprendizaje en un momento dado.	➢ Se pueden realizar con música acorde a sus gustos y preferencias, en las cuales ellos recuerdan su etapa juvenil y de una forma recreativa, esta actividad también nos ayudará a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.	○ 30
	17/06/2024		✔reducir el aislamiento y los síntomas depresivos		○ 30

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

		DIA DEL PADRE.	**considerando cada fecha especial.**	➢ **apoyando el proceso de logística, dirección y control de la actividad dirigida. Junto con la dinámica relacionada al día del padre.**	
JUNIO	**19/06/2024**	**LA CUENTA REGRESIVA.**	✔**Potenciar algunas habilidades mentales como la atención, la concentración y la memoria para prevenir problemas que limitan la calidad de vida.**	➢ **realizando trabajo en equipo, por medio de una cuenta regresiva, aumentando dificultad, consiste en iniciar contando con la prohibición de decir un número específico, el que lo diga pierde.**	○ **30**
	26/05/2023	**EJERCICIOS PARA MIEMBRO INFERIOR.**	✔**Mantener el equilibrio, mejorar la musculatura del core y la capacidad de**	➢ **Actividad dirigida a la movilidad articular, estirando articulaciones, cadera, rodillas, tobillos.**	○ **30**

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

			movimiento en cadera, rodillas y tobillos.		
JUNIO	**29/05/2023**	**MOVILIZACIÓN DIAFRAGMÁTICA-EJERCICIOS RESPIRATORIOS.**	✔ **favorecer la optimización de la ventilación, la potencialización de la musculatura respiratoria y la movilidad del tórax.**	➢ **ejercicios dirigidos a los músculos respiratorios, ejercitando diafragma, músculos intercostales, por medio de la toma de aire profundo por la nariz y arrojándolo por la boca, junto con la relajación del cuerpo.**	○ **30**

OBSERVACIÓN: Estas actividades pueden estar sujetas a cambios y modificaciones.

Delfis Sierra

DELFIS DEL CARMEN SIERRA MARTINEZ.

CC 1123638988.

Hna. Elba Intencipa S

Hna. ELBA ELINA INTENCIPA SARM.

JEFE DE PERSONAL.

OBLIGACION	*ENTREGABLE*
Plan de acompañamiento psicosocial para los Adultos Mayores durante las sesiones individuales o grupales.	*Descripción del plan Psicosocial aplicado a los Adultos Mayores de forma individual o grupal de acuerdo al acompañamiento profesional, de forma mensual.*

PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR: *Presentamos el plan* de acompañamiento psicosocial para el adulto mayor de la fundación Hogar del anciano San Pedro Claver.

Partiendo de la base que el psicólogo es el profesional idóneo, dotado de conocimiento y habilidades necesarias para la elaboración de programas de intervención, presento este plan relacionado con los factores relacionados al adulto mayor como su historia personal, el contexto poblacional donde habita, y otros que resaltan sobre la calidad de vida de cada uno de ellos.

Con base a un análisis DOFA, en relacion a los programas y contando con la intervención interinstitucional y profesional, desarrollaremos las actividades citadas en este plan.

PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR PSICOLOGIA.

HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER

Los programas de intervención no solo son necesarios, sino que han mostrado su efectividad en las variables estudiadas, pues las herramientas psicológicas contribuyen al "desarrollo y puesta en práctica de sistemas de evaluación y programas de intervención" para hacer frente a los problemas comportamentales y psicológicos de los adultos mayores. Por tanto, el psicólogo es el profesional idóneo, dotado del conocimiento y habilidades necesarias para la elaboración de programas de intervención.

Por tanto, el diseño de programas de intervención debe considerar no solo los factores relacionados con el adulto mayor, tales como es su historia personal, sino también las fuentes de apoyo y las necesidades propias de la población, resaltando que la calidad de vida del mismo puede beneficiarse de la intervención sobre la redes de apoyo, es decir, del entorno social próximo, familiares, profesionales encargados del cuidado del adulto mayor, instituciones, vecindarios, voluntariados, entre otros. En este sentido es importante, en primer lugar, hacer una distinción entre las debilidades- fortalezas, oportunidades y amenazas de los programas de intervención en adultos mayores.

Entre las debilidades se pueden mencionar que los programas solo cubren algunas áreas del adulto mayor, lo cual genera una visión fragmentada del mismo, así como también el hecho de que no existan programas en salud mental en los diferentes centros del adulto. Por su parte, entre las fortalezas se encuentran que dichos programas, en la mayoría de los casos, son apoyados por personal médico, asistencia sanitaria, terapia ocupacional, entre otras, además de contribuir efectivamente al mejoramiento de la calidad de vida del adulto.

- Diseñar e implementar grupos de apoyo que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan al adulto mayor enfrentarse a problemáticas cotidianas.
- Reconceptualizar el significado de la vejez y de la calidad de vida en las residencias.
- Reconceptualizar el significado de la vejez y el impacto en las diversas áreas de funcionamiento del adulto mayor.
- Fomentar el desarrollo de una alta autoestima y autoconcepto.
- Prevenir y/o intervenir sobre sintomatología depresiva Fomentar el crecimiento espiritual
- Promover la expresión de sentimientos hacia los compañeros de residencias.
- Promover la expresión de sentimientos hacia las personas con quienes
- interactúan frecuentemente.

- Desarrollar la comunicación asertiva Desarrollar estrategias de autoeficacia.
- Entrenar al adulto mayor en técnicas de autocontrol emocional
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Fomentar la adaptación ecológica y social del adulto mayor.
- Entrenamiento en técnicas para el mejoramiento de la memoria.
- Facilitar estrategias para la solución de problemas en los diferentes contextos
- en donde se desenvuelve el adulto.
- Acercamiento del adulto mayor a la muerte

ACTIVIDADES PARA EJECUTAR.

- Terapia individual
- Terapia grupal.
- Actividades grupales e individuales enfocadas en área cognitiva.
- Cine adulto mayor
- Terapias Gestalt
- Meditación.
- Charlas de temáticas en general
- Entre otras.

Física- recreativa	Involucrar al adulto mayor en actividades de ocio y recreación.	
	Diagnosticar las principales patologías del adulto mayor.	Fomentar la práctica de actividad física
Psicológica	Diseñar e implementar grupos de apoyo que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor.	
	Desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan al adulto mayor enfrentarse a problemáticas cotidianas.	
	Reconceptualizar el significado de la vejez y de la calidad de vida en las residencias.	Reconceptualizar el significado de la vejez y el impacto en las diversas áreas de funcionamiento del adulto mayor.
	Fomentar el desarrollo de una alta autoestima y autoconcepto.	
	Prevenir y/o intervenir sobre sintomatología depresiva	
	Fomentar el crecimiento espiritual	
	Promover la expresión de sentimientos hacia los compañeros de residencias.	Promover la expresión de sentimientos hacia las personas con quienes interactúan frecuentemente.
	Desarrollar la comunicación asertiva	
	Entrenar al adulto mayor en técnicas de autocontrol emocional	
	Facilitar estrategias para la solución de problemas en los diferentes contextos en donde se desenvuelve el adulto.	
	Acercamiento del adulto mayor a la muerte.	

Relaciones sociales	Promover las vistas de voluntarios para los adultos mayores.	Facilitar la interacción positiva con familiares y amigos.
	Fomentar la interacción con adultos de diferentes residencias.	Promover la participación del adulto mayor en espacios de socialización.
	Comprender la importancia de distribuir adecuadamente el tiempo.	Entrenamiento para el manejo del tiempo libre.
	Entrenamiento en habilidades para el manejo del paciente.	
	Desarrollar una comunicación asertiva entre el cuidador y el adulto mayor.	
	Fomentar una relación estable entre el adulto mayor y su cuidador.	
	Prevención del síndrome de Burnout.	
Familiar	Establecer contactos frecuentes con familiares.	Desarrollar una interacción eficaz entre los adultos mayores y sus familiares.
Salud	Educar al adulto mayor con relación a los cuidados que deben tener frente a las diversas patologías.	
	Desarrollar hábitos saludables en el adulto mayor.	
	Acompañar al adulto mayor en procesos de rehabilitación, enfermedad crónica y cuidados paliativos.	
	Entrenar en habilidades de relajación y respiración para hacerle frente a situaciones que producen tensión.	
	Evaluar la salud mental del adulto mayor.	
	Promocionar y prevenir la enfermedad	

Karen Causil.
Karen Causil
Psicologa
TP 260102

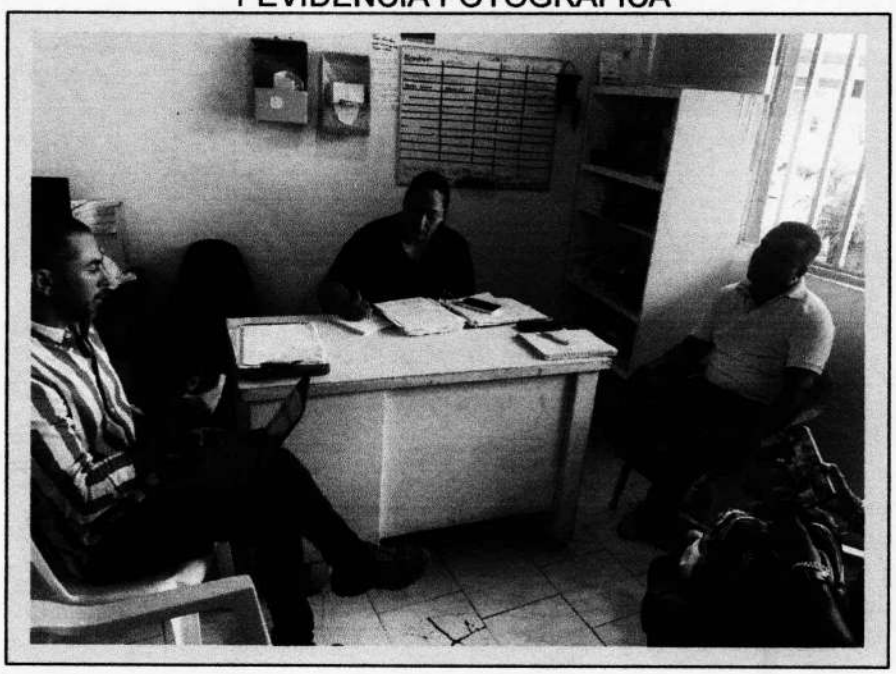
Jefe. T. Humano.

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Contratista	SAUL BARRIOS MARIMON		CC	18010118	
Objeto	Presentar un plan de acompañamiento psicosocial a 35 personas adultas mayores beneficiarias				
Periodo del Informe		Desde:	29 de mayo de 2024	Hasta:	29 de junio de 2024

INTRODUCCION	
La terapia física no solo se enfoca en tratar problemas físicos, sino que también tiene un impacto positivo en el bienestar mental y emocional de los adultos mayores. Al trabajar como fisioterapeuta los adultos mayores tienen la oportunidad de mejorar su independencia, calidad de vida y autoestima.	
ACTIVIDAD	**OBJETIVOS / ENTREGABLE**
	OBJETIVO ESPECÍFICOS • Reducir las molestias y el dolor en el adulto mayor • **Reeducar la marcha** • **Recuperar y fortalecer** la masa muscular • **Aumentar la flexibilidad** • **Mejorar el control postural** • **Mejorar la sensibilidad** y capacidad articular • Mejorar la coordinación y el equilibrio (evitando posibles caídas)
1	**ACTIVIDAD**
	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER

	Socialización con personal de secretaria de salud para informar las diferentes actividades que se desarrollan transversalmente en las diferentes secretarias de la GOBERNACION DEPARTAMENTAL DE SAN NADRES ISLAS, que se desarrollaran periódicamente en el HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER 1 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 
	ACTIVIDA
2	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 2 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



	ACTIVIDAD
3	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO Se realizan valoraciones por parte de fisioterapia a los adultos mayores del HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER para tener un diagnóstico preciso y poder brindarles un tratamiento adecuado y oportuno. 3 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



	ACTIVIDAD
4	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO Se realiza acompañamiento de actividades lúdico-recreativas a los profesionales de la secretaria de desarrollo social de la GOBERNACION DEPARTAMENTAL, con finalidad de lograr y disminuir los sentimientos de soledad en el adulto mayor. Se aumenta la creatividad y capacidad en el adulto mayor, se mejora el estado de ánimo y la motivación, favorece en un mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado. Incrementa los niveles de autoestima fomenta los contactos interpersonales y la integración social 4 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



	ACTIVIDAD
5	DESCRIPCIÓN DE LA O LAS ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL ALCANCE DEL OBJETIVO ESPECÍFICO Adquisición de equipos de fisioterapia para la atención oportuna del adulto mayor del HOGAR DEL ANCIANO SAN PEDRO CLAVER **5 EVIDENCIA FOTOGRÁFICA**

FUNDACIÓN
HOGAR del ANCIANO
SAN PEDRO CLAVER



En constancia de lo anterior, se firma el presente informe a los 25 días de Junio de2024.

Saul Barrios M

Contratista
Saul Barrios Marimon

Supervisor del contrato