III. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
N° de personas que dependen económicamente del solicitante	**Parentesco**	**Edades**	

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Alba Marina Betancurth	Fallecida	
Pablo Antonio Cruz	Fallecido	
Nombre(s) hermanos(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**
Pedro Cruz	Pensionado	3134276550
Pablo Cruz	Conductor	3213263534

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	1979	5	Básica Primaria	Escuela General Santander	Soacha
Bachillerato Clásico [X] Técnico [ ]	1983	9	Básica Secundaria	Colegio Bolivar	Soacha
Comercial [ ] Otro [ ]					
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Postgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Si [ ] No [ ]	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución

Horario: Diurno [ ] Nocturno [ ] Fin de semana [ ] A distancia [ ]

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R** - Regular, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

Sistemas Si [ ] No [ ]
¿Programa(s) que maneja?

1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas Si [ ] No [ ]
¿Qué idioma(s) conoce?

	Lectura			Escritura			Hablado		
1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

Nota: en caso de ser contratado (a) favor preparar toda la documentaciòn.

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUE CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUE AREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONOMICAS (*)				AREA DE LA EMPRESA			
AGRICULTURA		Metalurgia		FINANCIERO		Administración		Personal	
GANADERÍA / AVICULTURA		Maquinaria		INMOBILIARIO		Auditoría		Sistemas	
MINERÍA		Automotores		INFORMÁTICO		Bodega		Tesorería	
HIDROCARBUROS		Muebles		SALUD		Compras		OTRAS (¿Cuáles?)	
INDUSTRIA		Reciclaje		EDUCACIÓN		Contabilidad			
Alimentos y Bebidas		OTROS (¿Cuáles?)		SEGUROS		Costos			
Tabaco				TURISMO /RECREACIÓN		Crédito y Cobranzas			
Textiles y Confecciones				OTROS SERVICIOS	X	Diseño			
Cuero y Calzado		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		Asesorías Profesionales		Finanzas			
Papel y Cartón		CONSTRUCCIÓN		Servicios Temporales		Gerencia General			
Editorial y Artes Gráficas		COMERCIO		Seguridad Vigilancia		Impuestos			
Químico y Farmacéutico		HOTELES Y RESTAURANTES		OTROS SECTORES		Mercadeo			
Caucho y Plástico		TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO				Producción			
Vidrio, Cerámica y Cemento		COMUNICACIONES				Publicidad			

(*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas para Colombia DANE.

Si desea diligenciar este formato en computador, baj ATIS en www.formasminerva.com el aplicativo, e imprímalo prendiendo las hojas por esta perforación

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO, ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Easy clean	Diagonal 74bis #20B-74	7432060

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
María A. Urtado	Coordinadora	D 27 M 02 A 2019	D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	$	$	Operaria

Funciones realizadas: Servicios generales

Logros obtenidos: Experiencia laboral y atención al cliente

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [ ] Otro [X] ¿Cuál? A labor

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Seasin LTDA.	Kra 21A #35-94	6387575

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Adriana	Cordinadora	D 11 M 24 A 2018	26 02 2019

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
3 meses	$	$	Operaria

Funciones realizadas: Servicios generales

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [ ] Otro [X] ¿Cuál? A labor

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Easy clean	Dig. 74bis #20B-74	7432060

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Robi chola	Coordinadora	D 01 M 01 A 2011	D 10 M 11 A 2018

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	$	$	operaria

Funciones realizadas: Servicios generales

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [ ] Otro [X] ¿Cuál? A labor

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Entidad promotora de salud (EPS)?	¿Fondo de pensiones?	¿Fondo de cesantías?
Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]
¿Cuál? Salud total	¿Cuál? Porvenir	¿Cuál? Porvenir
Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:
Cotizante [ ] Beneficiario [ ]		

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Diana Sandoval	Empleada		3159467358
2.-	Socorro Dávila	Pensionada		3143141123

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
3.-	Adriana M. Méndez Cruz	Contratista	Kra 2este #10-25	3157036053

Verificación *(Espacio exclusivo para el empleador)*

1.-

2.-

3.-

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐ Marque con una X

Baje gratis el archivo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com.

Ingrese su Hoja de Vida en: ALIADOLABORAL.com www.aliadolaboral.com

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de.vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano§ 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Margarita Cruz

C.C. 39664496

VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
			Asistió a Entrevista		Hora de Llegada
	Día	Hora	Si	No	
1.-					
2.-					

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien

Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos
Puntualidad	R	B	MB	R	B	MB	Desempeño en cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Presentación	R	B	MB	R	B	MB	Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Aspectos de vigor y salud	R	B	MB	R	B	MB	Se ajusta al perfil	R	B	MB	R	B	MB	
Facilidad de expresión	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador

Segundo entrevistador

Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐

Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐

Contrátese a partir del

Sueldo $

Cargo

Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

minerva 10-03

LA ORIGINAL Hoja de vida Minerva 1905

SIEMPRE AL DIA!®

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en computador

Fecha D M A	Empleo o cargo en el que está Interesado	Código cargo

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante: Cruz Betancourth

Nombre(s) del aspirante: Carmen Margarita

Lugar y fecha de nacimiento: Arbeláez, Cund. 17 de septiembre de 1966

Dirección domicilio / Barrio: Kra 1bis # 11a-06 San Marcos

Ciudad: Soacha, Cund.

Teléfono:

No. Celular: 3153328165

Correo electrónico:

Nacionalidad: Colombiana

Profesión, ocupación u oficio: Empleada

(*) Estado civil: Soltera

Años de experiencia laboral: 20

DOCUMENTACION

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X] N° 39664496

Extranjería: ☐ Expedida en: Soacha, Cund.

(**) Libreta militar N°

Distrito N°

Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

Tarjeta profesional N°

¿Tiene vehículo? Si ☐ No [X]

Licencia de conducción N°

Categoría

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [X] No ☐

¿En qué empresa? Easyclean

Empleado [X] Independiente ☐

Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? Si [X] No ☐

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [X] No ☐

Fecha D M A

¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si ☐ No ☐ Nombre Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No [X] Nombre Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☐ Amigo ☐ Por medio de agencia [X] Otro ☐ ¿Cuál?

¿En qué ciudad o poblacion ha vivido la mayor parte de su vida? Soacha, Cund.

¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? Bogotá, Soacha

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No ☐

Vive en casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? [X]

Nombre del arrendador: Alicia

Teléfono: 3105683227

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 3 meses

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☐

Describalo e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $

¿Por qué conceptos?

¿Cual es su aspiración salarial? $ SMMLV

¿Cuál es su principal afición? Cocinar

¿Practica algún deporte? Si ☐ No [X] ¿Cuál(es)?

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Si ☐ No ☐ ¿Cuál(es)?

¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si ☐ No ☐ ¿Cuál(es)?

OBJETIVO Mencione brevemente que espectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

Es de mi interés vincularme a una empresa seria y sólida en donde pueda ser laboralmente buena, además de adquirir experiencia.

09653548

7702122007813

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

179

FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1966
ARBELAEZ
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-JUL-1985 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00176520-F-0039664496-20090910 0015836373A 1 1500036119

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.664.496
CRUZ BETANCOURT
APELLIDOS
CARMEN MARGARITA
NOMBRES

FIRMA

120

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 16:56:52 horas del 14/03/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **39664496**
Apellidos y Nombres: **CRUZ BETANCOURT CARMEN MARGARITA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Avenida el Dorado N° 75 - 25 Barrio Modelia. Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

131

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 123936877

WEB
16:57:17
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 de marzo del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARMEN MARGARITA CRUZ BETANCOURT identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39664496:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

ENFOQUE HUMANO S.A.S

NIT. 830.122.301-7

Certifica que:

CRUZ BETANCUR CARMEN MARGARITA

Identificado (a) con C.C

39.664.496

Participo en el seminario de Manipulación y Clasificación de Productos químicos el día 10 de Diciembre de 2019, con una intensidad de 4 Horas. Realizado en Bogotá D.C.

Capacitador

Enfoque Humano S.A.S

137

ENFOQUE HUMANO S.A.S

NIT. 830.122.301-7

Certifica que:

CRUZ BETANCUR CARMEN MARGARITA

Identificado (a) con C.C

39.664.496

Participo en el seminario de Manipulación y Clasificación de Productos Reciclables el día 10 de Diciembre de 2019, con una intensidad de 4 Horas. Realizado en Bogotá D.C.

Capacitador

Enfoque Humano S.A.S

133

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN
EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
Resolución 2674 del 22 de Julio de 2013 Capítulo III
del Ministerio de Salud y Protección social

N° 454.113

El Señor (a):
CRUZ BETANCUR CARMEN MARGARITA
Identificación: 39.664.496

Vence: Día: 10 Mes: 12 Año: 2.020

Intensidad 6 Horas

Esta certificación es personal e intransferible,
no es válido en fotocopia y/o escaner

Participó en el Programa de Formación de Educación Sanitaria
Principios Básicos de Buenas Prácticas de Manufactura /
Prácticas Higiénicas en Manipulación de Alimentos

Calle 72 No. 20B - 62 / PBX. 641 7215 / Cel: 317 426 4640
www.salvaguardahumano.com / Bogotá - Colombia
Servicio a Nivel Nacional

VACUNA	Dosis / Refuerzo	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
Hepatitis B	1ª Dosis	UH18 CC53	22-02-19	Controlar SALUD INTEGRAL SAS NIT: 830.103.479-8 VACUNACION
	2ª Dosis			
	3ª Dosis			
	Refuerzo			
Hepatitis A	1ª Dosis	UHX18 CC55	22-02-19	
	2ª Dosis			
Triple Viral	1ª Dosis			
Varicela	1ª Dosis			
Neumococo	1ª Dosis			
T. Tetánico Diftérico	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
	3ª Dosis			
	Refuerzo			
Influenza **	1ª Dosis			
Otros				

* Neumococo refuerzo cada 5 años ** Influenza (Gripe) refuerzo anual

Nombre: Chimen Luz

Doc. de Identidad: 32626426

Dirección:

Teléfono:

Controlar Salud Integral SAS

Certificado de Vacunación

Controlar

SALUD INTEGRAL S.A.S.

Sede La Castellana - Carrera 45A No. 94-91 PBX: 742 0428/29/30
asistentegerencia@controlarsalud.com - asistenteadmon2controlar@gmail.com
gerenciacomercial@controlarsalud.com - Cel. Corporativo: 310 793 4325
320 847 9131 - 320 811 1444 - 311 589 3741 - Bogotá, D.C. - Colombia

136

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Carmen Margarita
Apellidos: Cruz Betancour
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 39664496
Fecha de Nacimiento: Día 14 Mes 09 Año 1966

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5	03-02-2016	Transcripción.	
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	03-Febrero 2016	Sanofi	Transcripción H. Fontibon
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Controlar Salud Integral S.A.S

Certificado de Vacunación

Nombre: Cruz Betancourt Margarita

Doc. de Identidad: 39664496

Dirección:

Teléfono:

VACUNA	Dosis Refuerzo	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
Hepatitis B	1ª Dosis	0614	Junio 10 2017	Y04
	2ª Dosis			
	3ª Dosis			
	Refuerzo			
Hepatitis A	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
Triple Viral	1ª Dosis			
Varicela	1ª Dosis			
Neumococo*	1ª Dosis			
T. Tetánico Diftérico	1ª Dosis	02413002b	Junio 10 2017	Y04
	2ª Dosis			
	3ª Dosis			
	Refuerzo			
Influenza**	1ª Dosis	765777	Junio 10 2017	Y04
Otros				

* Neumococo refuerzo cada 5 años ** Influenza (Gripe) refuerzo anual

IENTO Y DESARROLLO GRATUITO
E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Fecha:

CONTROL MÉDICO

da | Fecha:

TO POR ENFERMERÍA

cita ada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

oir suplementos con Hierro y Vitamina
6 meses hasta los 5 años de edad, de
strategia **AIEPI.**

	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

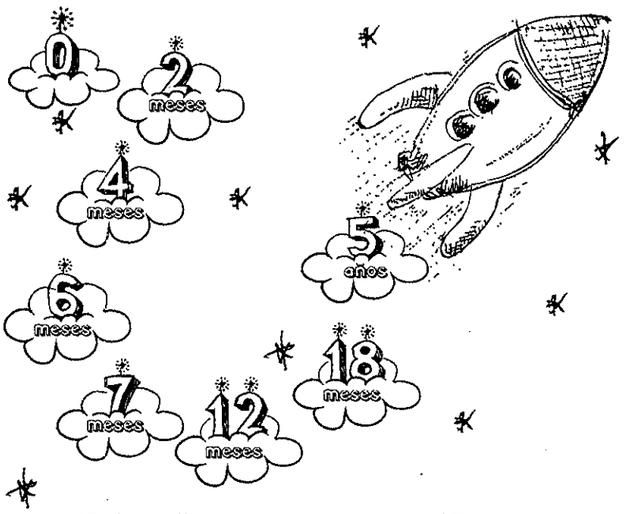
be realizar toma de TSH al momento
potiroidismo.

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hoy que proteçasla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Carmen Mariuxha Cruz
Fecha de nacimiento: 17/09/1996
C.C.
Nº de certificado de nacido vivo: 39664496
Registro civil:
Sexo: Fem.
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer:
Dirección:
Teléfono:
Responsable:
Municipio de residencia:
Departamento:

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas

PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombr
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única						
	Hepatitis B	Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª						
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª						
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª						
	Rotavirus	2ª						
	Neumococo	2ª						
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª						
	Influenza	ANUAL	10 DIC 2019	GRINCROS	V202199006	Terminal Salitre		
7 Meses	Influenza	2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
	Fiebre Amarilla	1ª						
	Neumococo	Refuerzo						
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo						
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis								

Alejandro S
Aux. E

Estas vacunas son gratu

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

EVALUACIÓN PLAN DE CAPACITACIÓN DE ALIMENTOS 2019
TEMA DE ESTUDIO: PLAN DE SANEAMIENTO

SONCHA

14 139

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	TELEFONO	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	FECHA
Carmen M. Cruz B.	38664496	3185325869		07 Dic 2019

Responder **antes** de la capacitación	Responder **después** de la capacitación
1. Complete la definición de plan de saneamiento con las siguientes palabras: **1. comportamiento, 2. disminuir, 3. procedimientos.**	
Son P. de Saneamiento medidas sanitarias mínimas para mantener las condiciones sanitarias y mejorar el comportamiento higiénico. Su objetivo es prevenir el riesgo de contaminación de los alimentos en las instalaciones, los equipos, las materias primas y el personal manipulador que intervienen en el proceso.	Son _____ y medidas sanitarias mínimas para mantener las condiciones sanitarias y mejorar el _____ higiénico. Su objetivo es _____ el riesgo de contaminación de los alimentos en las instalaciones, los equipos, las materias primas y el personal manipulador que intervienen en el proceso.
2. ¿Donde debe estar la documentación de los establecimientos de preparación y quien debe diligenciar la documentación relacionada? Tener Plan de documentos en el punto de procedimientos	Listo de procedimientos adherido de ser aseo
3. Mencione los cuatro programas del plan de saneamiento basico.	
a.	a. Control integrado de plagas
b.	b. Control de residuos que y solidos
c.	b. abastecimiento de agua p.
d.	c. limpieza y desinfección
4. Coloque en orden las partes del programa de limpieza y desinfección: **Alcance, Procedimientos, Objetivos del Programa, Glosario, Introducción,**	
introduccion objetivos del programa procedimientos Alcance Glosario	introduccion objetivos del programa Glosario Alcance procedimientos
5. Mencione una enfermedad trasmitida por roedores y su fuente de transmisión.	
Pulgas Piojos Toxoplasmosis	Hantavirus problemas digestivo

SOACHA
Juntos Formando Ciudad

SECRETARÍA DE SALUD
ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA
PLANILLA DE ASISTENCIA

Calle 13 No 1-03 B. San Marcos/ PBX 7306/
www.alcaldiasoacha.gov.co
E-mail: Secsalud@soacha-cundinamarca.gov.co
FB: Secretaria de Salud Soacha

EVENTO: Capacitación Plan de Saneamiento LUGAR: Secretaria Salud FECHA: 7 - Marzo - 19
RESPONSABLE: Mauricio A. Montilla Horario: 8am - 10am PROGRAMA: Saneamiento

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F/M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN O NIT.	DIRECCIÓN-INSTITUCIÓN ESTABLECIMIENTO.	BARRIO	COMUNA	TIPO DE AFILIACIÓN (1. R. SUBSIDIADO 2. R.CONTRIBUTIVO 3. SIN AFILIACIÓN)	SISBEN	GRUPO POBLACIONAL: GRUPO ÉTNICO (X)	H. VICTIMIZANTE (X)	DISCAPACIDAD (X)	CONDICIÓN ESPECIAL (X)	CICLO VITAL (X)	TELEFONO	FIRMA Y/O HUELLA
1	Yazmin Illo	F	28	1.023.906 749	—	—		1							3208183173	
2	Ariela Vargas.	F	57	41760699	—	—									3057063702	
3	Maria Cristina Poloche	F	36	28652742	Cra 7 C 14 #4-05			1							3215329452	
4	Jose W Barros	M	43	74243 611	—	—		1							3114878728	
5	Dianys Navarro	F		24.352313	—	—		1							3222856743	
6	Hildamaris Arieta	F		25945946	—	—		1							3012625347	
7	Liliana Ramirez.	F		52313844											3113846847	
8	Sandra Toro.	F		52029894											3132685345	
9	Diana Paola Bohorquez	F	27	1073692618	Kr 30 #33C	los pinos		1							3106180027	
10	Nancy Uriego Solano	F	40	40.402451	Kr 30 #33C-16	los pinos C sucre		1							3123301587	
11	Mayra Yuritza Cruz	F	5	39664496	Kr 8 #10-25	paraiso									3115329465	
12	Yuli Natalia Rodriguez	M	16	1000477775		Paraiso									3028864892	
13	Jose Bautista Urrea	M	47	348 339 3605		El Hogar									3174945436	
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																

GRUPO POBLACIONAL

GRUPO ÉTNICO	1. INDIGENA.	2. AFRODESCENDIENTE.	3. RAIZA/PALENQUERO	4. ROM/ GITANO	CONDICIÓN ESPECIAL	1. MADRE CABEZA DE HOGAR	2. GESTANTE	3. CARCELARIO	4. HABITANTE DE CALLE	5. REINSERTADO	6. LGTBI
HECHO VICTIMIZANTE	1. HOMICIDIOS Y MASACRES.	2. DESPLAZAMIENTO FORZADO	3. SECUESTRO	4. LESIONES	5. TORTURA O TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES	6. DELITOS CONTRA LA LIBERTAD DE DIVERSIDAD SEXUAL	7. RECLUTAMIENTO FORZADO DE MENORES.	8. LESIONES QUE NO CAUSAN INCAPACIDAD	9. DESAPARICIÓN FORZADA	10. ACTO TERRORISTA ENFRENTAMIENTO HOSTIGAMIENTO	11. AMENAZAS
DISCAPACIDAD - TIPO DE LIMITACIÓN	1. COGNITIVA	2. VISUAL	3. AUDITIVA	4. FÍSICA	5. MULTIPLES	CICLO VITAL	0 - 5 AÑOS	6 - 11 AÑOS	12 - 17 AÑOS	18 - 28 AÑOS	29 - 59 AÑOS	60 Y MAS AÑOS
FIRMA DEL FUNCIONARIO:						FIRMA DEL COORDINADOR:						

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

CARMEN MARGARITA CRUZ BETANCOURT

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 39.664.496
Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Aplicar procesos de higienizacion de según programa establecido y normatividad vigente.

Código: 290801025

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los veinte (20) días del mes de Febrero de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

239982 - 20/02/2018
No Y FECHA REGISTRO

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

VIGENCIA
20 de Febrero de 2021

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 940300290801025CC39664496C.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

CARMEN MARGARITA CRUZ BETANCOURT

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 39664496
Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL INTERMEDIO - Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa

Código: 210601020 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en BOGOTÁ D.C.. A los once (11) días del mes de Diciembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

743593 - 11/12/2019
No Y FECHA REGISTRO

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
Subdirector CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Vigencia:
hasta el 11 de Diciembre de 2022

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 9406002106010 20CC39664496C.