"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA.

GLORIA INES RODRIGUEZ PEREZ identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de **Manipuladora De Alimentos** "en la Sede Sociedad San Vicente De Paul Alberge Sagrado Corazón" para la Unión Temporal Nueva Esperanza con una dedicación del tiempo completo en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

Gloria Ines Rodriguez P. 25.164.807

GLORIA INES RODRIGUEZ PEREZ
CC 25.164.807 De Santa Rosa De Cabal

minerva 10-03

Hoja de vida LA ORIGINAL Minerva 1903

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: Rodriguez Perez	Nombre(s) del aspirante: Gloria Ines
Lugar y fecha de nacimiento: Sta Rosa de C. 13-08-71	
Dirección domicilio / Barrio: Cra 9 Bis-31-10 Portal del Prado	Ciudad: Sta Rosa de C
Teléfono: 3126572296	No. Celular: 3126572296
Correo electrónico:	Nacionalidad: Colombia
Profesión, ocupación u oficio: Oficios Varios	(*) Estado civil: Union Libre — Años de experiencia laboral: 20 años

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: ☐ N° 25164807		(**) Libreta militar N°	Primera clase: ☐
Extranjería: ☐ Expedida en: Sta Rosa		Distrito N°	Segunda clase: ☐
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si ☐ No ☐	Licencia de conducción N°	Categoría

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☐ No ☐	¿En qué empresa?	Empleado ☐ Independiente ☐	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☐ No ☐	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si ☐ No ☐	Fecha (D / M / A)	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si ☐ No ☐ — Nombre — Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No ☐	Nombre — Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☐ Amigo ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
¿En qué ciudad o poblacion ha vivido la mayor parte de su vida?	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si ☐ No ☐	
Vive en casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? X ¿Alquilada? ☐	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☐	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $	
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto es su aspiración salarial? $	
¿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.

Salir adelante para Colaborar a la familia educandose y tener mejores ingresos

10121257

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

III. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Orlando Corrales	Ventas	Independiente

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
		3117713921	sta Rosa

N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
	Compañero	45 - 54

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
José Octain Rodriguez		

Nombre(s) hermanos(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Patricia R	Farmaceuta	3113480514
Jose Julian R.	Oficios Varios	

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	X	5		Antonia Santas	sta Rosa
Bachillerato Clásico / Técnico		1		Marillac	sta Rosa
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		Fin de semana	
	Nocturno		A distancia	

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

Sistemas Si / No	1.	R B MB	3.	R B MB				
¿Programa(s) que maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB				
Idiomas		Lectura			Escritura		Hablado	
Si / No	1.	R B MB			R B MB		R B MB	
¿Qué idioma(s) conoce?	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		Auditoria		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		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.

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)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso D M A	Fecha de retiro D M A

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

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 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)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso D M A	Fecha de retiro D M A

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

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 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)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso D M A	Fecha de retiro D M A

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

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 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)? Si ☐ No ☐	¿Fondo de pensiones? Si ☐ No ☐	¿Fondo de cesantias? Si ☐ No ☐
¿Cuál?	¿Cuál?	¿Cuál?
Fecha de afiliación: Cotizante ☐ Beneficiario ☐	Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:

minerva

Si desea diligenciar este formato en computador, baje GRATIS en www.formasminerva.com el aplicativo, e imprímalo desprendiendo las hojas por esta perforación

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
3.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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.firmasminerva.com

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

Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir 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

Gloria Inés Rodríguez

C.C. 25.164.807

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

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador

Segundo entrevistador

Candidato seleccionado definitivamente	Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente	Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.164.807
RODRIGUEZ PEREZ
APELLIDOS
GLORIA INES
NOMBRES
Gloria Ines Rodriguez P
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1971
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-OCT-1989 SANTA ROSA DE CABAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-2408600-00126061-F-0025164807-20081108 0005585823A 1 4890009794

FUNDACIÓN PRAXIS MÉDICA

N.I.T. 900352440-2

Cámara y Comercio S0503131 Armenia, Quindío

CERTIFICA QUE:

Gloria Inés Rodríguez Pérez

C.C. 25.164.807 SANTA ROSA DE CABAL, RISARALDA

Asistió al **CURSO DE CUIDADO BÁSICO AL ADULTO MAYOR CON ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA**, realizado en Santa Rosa de Cabal ,Risaralda, con una intensidad de 80 horas.

Armenia, Quindío 31 de mayo de 2019

ALBERTO PÉREZ MEDINA
REPRESENTANTE LEGAL

NEY HOLMES ORTEGA CHAMORRO
COORDINADOR DEL PROYECTO

Artículo 2.6.6.8 Decreto 1075 de 2015 Mineducación. Educación informal para complemento, actualización, perfeccionamiento, renovación o profundización de conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas no conduce a titulo ni aptitud ocupacional. No representa titulo o aptitud ocupacional.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

GLORIA INES RODRIGUEZ PEREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 25.164.807

Cursó y aprobó la acción de Formación

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Rosa De Cabal, a los veintiocho (28) dias del mes de mayo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
ROCIO LOPEZ ALZATE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ROCIO LOPEZ ALZATE
SUBDIRECTORA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL RISARALDA

52086752 - 28/05/2018
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 9308001674512CC25164807C.

SENA

REGIONAL RISARALDA

EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS

CERTIFICA

Que GLORIA INES RODRIGUEZ PEREZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 25.164.807 de Santa Rosa De Cabal, realizó y aprobó el curso de IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO con una intensidad horaria de Cincuenta (50) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Santa Rosa De Cabal, a los veintiocho (28) días del mes de mayo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
ROCIO LOPEZ ALZATE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ROCIO LOPEZ ALZATE
SUBDIRECTORA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL RISARALDA

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 9308001674512CC25164807E.

GOBERNACIÓN DE RISARALDA
DIRECCIÓN OPERATIVA
DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO

CARNÉ DE MANIPULADOR DE ALIMENTOS

FOTO

Nº SS066- 682 40813

NOMBRE: Gloria Ines Rodriguez Perez

IDENTIFICACIÓN: 25.164.807

AUTORIZA

RISARALDA

El presente carnet certifica que el titular ha recibido capacitación y entrenamiento supervisado por la Secretaría de Salud del Departamento cumpliendo las normas vigentes en materia de Salud Pública sobre manipulación de alimentos.

Válido Hasta el 15 Junio *de 20* 24

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14561427310

(415)7707212489984(8020) 000001456142731 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
2 5 1 6 4 8 0 7	1	Impuestos y Aduanas de Pereira	1 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 5 1 6 4 8 0 7	1 9 8 9 1 0 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Santa Rosa de Cabal 6 8 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	PEREZ	GLORIA	INES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Santa Rosa de Cabal 6 8 2

41. Dirección principal
CR 9 31 10 BRR PORTAL DEL PRADO

42. Correo electrónico

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 6 5 7 2 2 9 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
9 7 0 0	2 0 1 7 0 1 0 2	9 6 0 9	2 0 1 7 0 2 0 6			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3
54. Código	57. Modo
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 31

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 09-04-2021 11:16:29AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Résolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Gloria Ines Rodriguez Perez

CC 25164807 de Santa Rosa de Cabal- Risaralda

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral al Adulto Mayor
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-09-08
Fecha de vencimiento: 2026-09-08

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARLEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70978 - 051880 Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OSORIO
Jefe de Postsemería
TP. 30206
Docente

ROSA GUZMAN
Esp. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Gloria Ines Rodriguez Perez

CC 25164807 de Santa Rosa de Cabal- Risaralda

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2024-09-10
Fecha de vencimiento: 2026-09-10

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70078 - 051680. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO
Jefe de Enfermería
TP. 24206
Docente

ROSA GUZMAN
Esp. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

GOBERNACIÓN DE RISARALDA
DIRECCIÓN OPERATIVA
DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO

CARNÉ DE MANIPULADOR DE ALIMENTOS

FOTO

Nº SSD66- 682 42137

NOMBRE: Gloria Ines Rodriguez Perez

IDENTIFICACIÓN: 25164807

AUTORIZA

RISARALDA

El presente carnet certifica que el titular ha recibido capacitación y entrenamiento supervisado por la Secretaría de Salud del Departamento cumpliendo las normas vigentes en materia de Salud Pública sobre manipulación de alimentos.

Válido Hasta el Junio 27 de 20 24

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

LA SOCIEDAD SAN VICENTE DE PAÚL – ALBERGUE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

HACE CONSTAR

Que la señora **GLORIA INÉS RODRÍGUEZ PÉREZ**, identificada con cédula de ciudadanía número **25.164.807**, labora en esta institución desde el 01 de septiembre del año 2014, como Manipuladora de Alimentos del Albergue Sagrado Corazón de Jesús, vinculada mediante contrato a término fijo, en jornada de tiempo completo, devengando el salario mínimo, más auxilio de transporte y todas las prestaciones de ley, afiliada al sistema de seguridad social.

Para constancia, se firma en Santa Rosa de Cabal, a los 22 días del mes de noviembre de 2024.

Atentamente,

"Sociedad San Vicente de Paul" Nit. 891.408.283-3 Presidente - Representante Legal

JULIÁN FERNÁNDEZ BOTERO

Representante Legal

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA

DORIS QUICENO GALEANO identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de MANIPULADORA DE ALIMENTOS en la sede Sociedad San Vicente de Paul Albergue Sagrado Corazón" para la Unión Temporal Nueva Esperanza con una dedicación del tiempo completo en caso de resultar adjudicataria del procesos de la referencia.

Doris Quiceno G CC 25157.052
DORIS QUICENO GALEANO
C.C 25.157.052 de Santa Rosa de Cabal

DORIS QUICENO GALEANO



PERFIL

Vicentina consagrada de la Sociedad San Vicente de Paul hace 20 años, integrante de la conferencia Sagrado Corazón de Jesús hace 10 años con el cargo de secretaria. Persona inteligente, dinámica y con capacidad de integración en la sociedad, excelentes relaciones interpersonales, con alto grado de compromiso y cumplimientos, además vocación de servicio, capaz de dar valor agregado a la Institución mediante la creación de ideas e iniciativas propias para la solución de problemas, con el propósito de continuar adelante con la obra, como lo es el cuidado de las personas mayores (Albergue Sagrado Corazón de Jesús), demostrando dedicación y amor al prójimo.

HOJA DE VIDA

INFORMACIÓN PERSONAL

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	Manizales 9 de Febrero de 1961
IDENTIFICACIÓN:	Cédula 25.157.052 de Santa Rosa de Cabal
ESTADO CIVIL:	Separada
DIRECCIÓN:	Calle 9 # 10-14 Santa Rosa de Cabal
TELÉFONO:	3113541969 - 3658824
CORREO ELECTRÓNICO:	dorisquiga@hotmail.com

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios Secundarios

Colegio Lorencita Villegas de Santos
Santa Rosa de Cabal
Bachiller Comercial – Auxiliar Contable
1972 hasta 1977

Otros Estudios

Básico en sistemas (Sistemas LASAN)
Atención al cliente (SENA)
Guía Turística (SENA)

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Hotel Casona Real
Cargo: Recepcionista
Fecha: 2007
2012

Turismo Real
Cargo: Asesora Comercial
Fecha: 2006

Hotel del Turismo
Cargo: Recepcionista
Fecha: 2003
2012

Inmobiliaria La Casita
Cargo: Asesora Comercial
Fecha: 2011

Albergue Sagrado Corazón de Jesús
Cargo: Voluntaria Vicentina
Fecha: 1992

Albergue Sagrado Corazón de Jesús
Cargo: Voluntaria Consagrada
Fecha: 1993 hasta fecha

REFERENCIAS

Blanca Edith Quiceno
Docente
Colegio Marillac
3007923415

Consuelo Quiceno
Funcionaria DIAN
DIAN
3113442166

Hernán Alonso Jiménez
Gerente Hotel Casona Real
3113242313

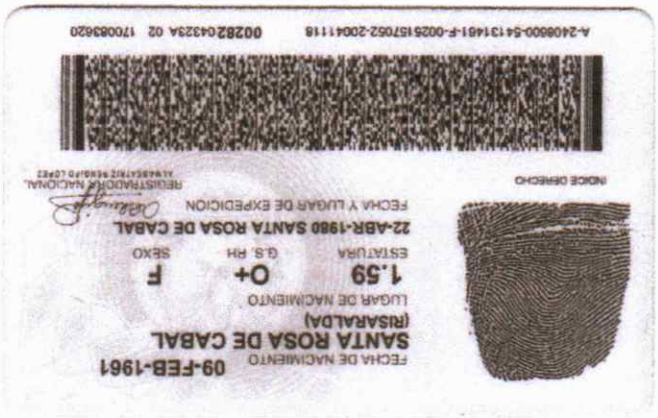
Regina Rojas
Directora Centro de Bienestar del Anciano Betsabe Arbeláez
3148145936

Doris Quiceno Galeano

DORIS QUICENO GALEANO
C.C 25157052

Para todos los efectos legales, certifico que todas las informaciones
Anotadas por mi en la presente hoja de vida son veraces
(CST Art. 62 núm. 1) Régimen Laboral Colombiano


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
25.157.052
QUICENO GALEANO
APELLIDOS
DORIS
NOMBRES
FIRMA


A-2408800-54131461-F-0025157052-20041118 0028204323A 02 1700836 20
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
22-ABR-1980 SANTA ROSA DE CABAL
ESTATURA
1.59
G.S. RH
O+
SEXO
F
LUGAR DE NACIMIENTO
SANTA ROSA DE CABAL
(RISARALDA)
FECHA DE NACIMIENTO
09-FEB-1961

Cruz Roja Colombiana
Seccional Risaralda

Instituto de Formación de la Cruz Roja Seccional Risaralda

Resolución No 930 del 07 de Marzo de 2014

Secretaria de Educación Municipal de Pereira

Hace Constar Que:

Doris Quiceno Galeano

Identificado(a) con cédula de ciudadanía C.C. 25157052, expedida en Santa Rosa De Cabal.

Aprobó satisfactoriamente el curso de:

BRIGADA DE EMERGENCIA

Con una intensidad de **40** horas

Realizado en el municipio de Pereira, Risaralda el 7 de octubre de 2019

Carlos Andrés Marulanda Lenis
Director de Educación
Tel: 3152344 - 3164781819
educacionrisaralda@cruzrojacolombiana.org

Registro RDA INS C.C. 25157052

Código de Certificado
EGy1yjGASC

ESCUELA DE FORMACIÓN
PARAÍSO OTOÑAL
EL ARTE DE CUIDAR LO HUMANO

Licencia de funcionamiento 1191 de 2017 Secretaría de Educación de Dosquebradas Risaralda

HACE CONSTAR QUE:

DORIS QUICENO GALEANO

CC: 25.157.052.

Ha completado el **DIPLOMADO EN ATENCION INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CON ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA**, realizado en Dosquebradas Risaralda con una intensidad horaria de 160 horas

30 - Noviembre - 2018

NEY HOLES ORTEGA CHAMORRO
Rector

ALBERTO PEREZ MEDINA
Director Académico

Puede verificar la autenticidad de este certificado en la URL: http://www.escuelaparaisootonal.edu.co/verificar/

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DORIS QUICENO GALEANO

Con Cedula de Ciudadania No. 25157052

Cursó y aprobó la acción de Formación

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Dosquebradas, a los veintiocho (28) días del mes de junio de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JHON FREDDY AMAYA TABORDA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL
REGIONAL RISARALDA

53457003 - 28/06/2018
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 9223001711029CC25157052C.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



Certifica a

Doris Quiceno

Por su participación en la Asistencia Técnica como espacio formativo e instructivo en torno a la persona mayor, y los programas de envejecimiento humano y vejez.

dado en Chinchiná, Caldas a los veintinueve (29) días del mes de octubre de 2019

FABIÁN RICARDO VILLACÍS RECALDE
Gerentólogo - Oficina de Promoción Social

JHON ALEXANDER GARCÍA BUSTAMANTE
Director CBA

La salud es de todos Minsalud · Sueños que son Hechos Chinchiná · Gobierno de Caldas · Fundación COANGEL · Territorial

LOS PROGRAMAS DE PROMOCION SOCIAL Y CONDICIONES CRONICAS NO TRANSMISIBLES DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

CERTIFICAN QUE:

DORIS QUICENO GALEANO

CC:25,157,052

Participó en la

ornada de formación teórico-práctica en la temática del Adulto Mayor y Estilos de Vida Saludables con énfasis en Alimentación y Actividad Física dirigida

llevado a cabo entre el 6 de julio y el 3 de octubre de 2017
con una intensidad de 8 horas

Olga Lucía Hoyos Gómez
Secretaria de Salud Departamental

Diego Alejandro Rincon Hurtado
Director operativo de Salud Pública

Para constancia, se firma en Pereira, a los tres (3) días del mes de octubre de 2017

Risaralda



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Doris Quiceno Galeano

CC 25157052 de Santa Rosa de Cabal- Risaralda

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios con un total de 60 Horas.

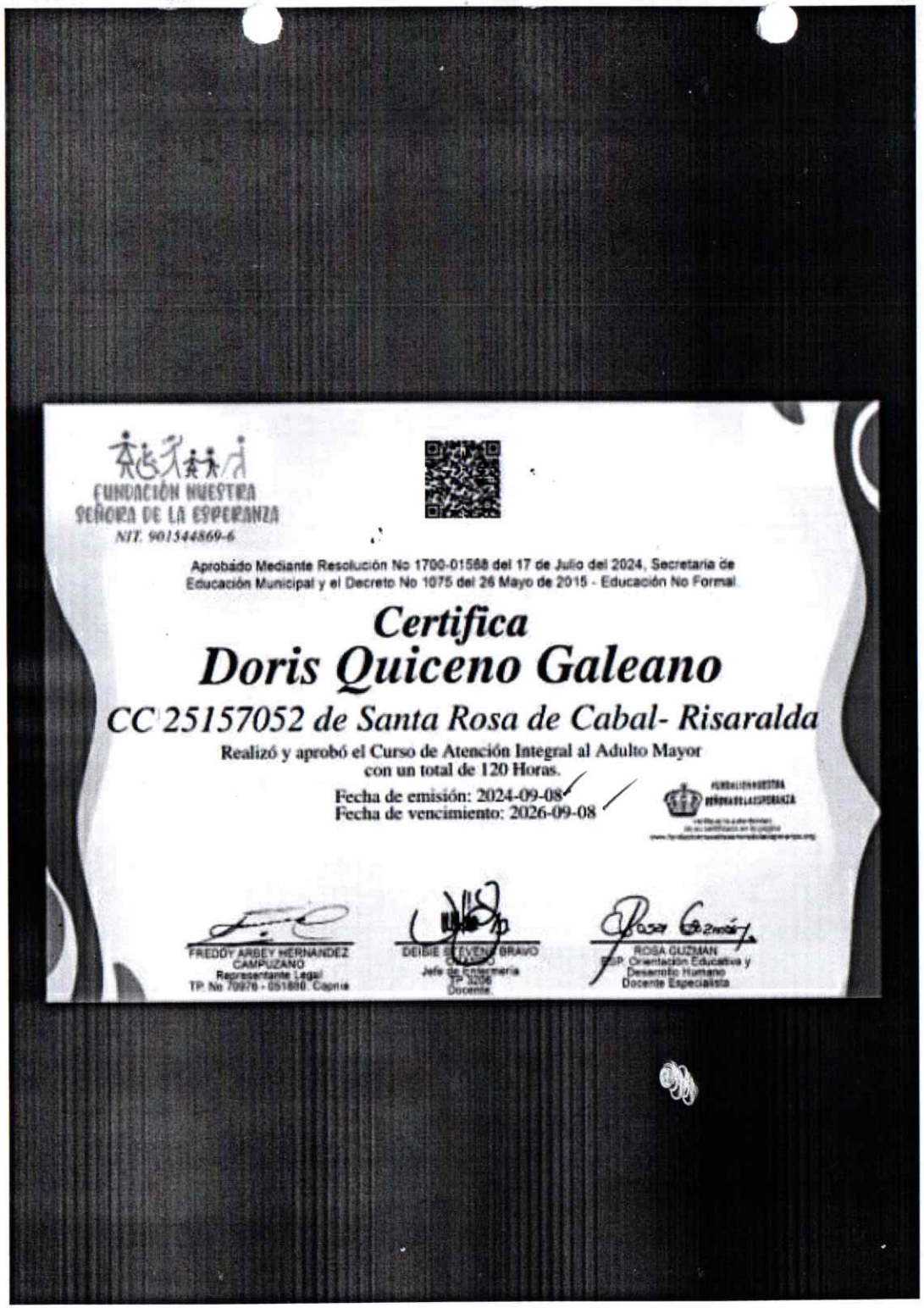
Fecha de emisión: 2024-09-10
Fecha de vencimiento: 2026-09-10

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIS STEVENS BRAVO
Jefe de Enfermería
TP. 12258
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01568 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Doris Quiceno Galeano

CC 25157052 de Santa Rosa de Cabal- Risaralda

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral al Adulto Mayor
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2024-09-08
Fecha de vencimiento: 2026-09-08

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP No 70976 - 051680 Capris

DEIBIE STEVENS BRAVO
Jefe de Enfermería
TP 12256
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista



RISARALDA

El presente carnet certifica que el titular ha recibido capacitación y entrenamiento supervisado por la Secretaría de Salud del Departamento cumpliendo las normas vigentes en materia de Salud Pública sobre manipulación de alimentos.

Válido Hasta el junio 27 *de 20* 24

"Sociedad San Vicente de Paul"
Albergue Sagrado Corazón
NIT. 891.408.283-3

LA SOCIEDAD SAN VICENTE DE PAÚL – ALBERGUE SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

HACE CONSTAR

Que la señora **DORIS QUICENO GALEANO**, identificada con cédula de ciudadanía número **25.157.052**, labora en esta institución desde el 11 de diciembre del año 2015, como manipuladora de alimentos del Albergue Sagrado Corazón de Jesús, vinculada mediante contrato a término fijo, en jornada de tiempo completo, devengando el salario mínimo, más auxilio de transporte y todas las prestaciones de ley, afiliada al sistema de seguridad social.

Para constancia, se firma en Santa Rosa de Cabal, a los 22 días del mes de noviembre de 2024.

Atentamente,

"Sociedad San Vicente de Paúl" Nit. 891.408.283-3
Presidente - Representante Legal

JULIÁN FERNÁNDEZ BOTERO

Representante Legal

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA

RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO identificada como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de MANIPULADORA DE ALIMENTOS para la UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA (sede Fundación centro de bienestar y vida Betsabé Arbeláez) con una dedicación del 100% en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO
C.C.25.733.126 de Toribio

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com

minerva 10-03

Hoja de vida LA ORIGINAL Minerva 1003

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: Calambas Cuchillo	Nombre(s) del aspirante: Ruby Alba
Lugar y fecha de nacimiento: Toribio (Cauca), 05 de mayo de 1973	
Dirección domicilio / Barrio: La carrilera	Ciudad: Santa Rosa de Cabal
Teléfono:	No. Celular: 3215938483
Correo electrónico:	Nacionalidad: Colombiana
Profesión, ocupación u oficio: Oficios varios	(*) Estado civil: Unión libre
Años de experiencia laboral: 4 años y medio	

FOTOGRAFIA RECIENTE
Tamaño 3x4 cms.

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: X	N° 25.733.126	(**) Libreta militar N°	Primera clase:
Extranjería:	Expedida en: Toribio	Distrito N°	Segunda clase:
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si: No:	Licencia de conducción N°	Categoría

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si: No: X	¿En qué empresa?	Empleado: Independiente:	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si: No: X	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si: No: X	Fecha (D / M / A)	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si: X No: — Nombre: Luz Mary Holguin — 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: Otro: ¿Cuál?		
¿En qué ciudad o poblacion ha vivido la mayor parte de su vida?	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si: No:	
Vive en casa: ¿Familiar?: ¿Propia?: ¿Alquilada?: X	Nombre del arrendador: Miriam	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si: No:	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $80.000 =	
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto es su aspiración salarial?	
¿Cuál(es) es(son) su(s) principal(es) afición(es)?	¿Practica algún deporte? Si: No:	¿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)?			

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

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

01-06

REV. 09-2013

III. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Jose Hector Londoño	Oficios varios	Independiente

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
2	Hijo y compañero	16 y 47

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Ruben Andres Calambas	(Fallecido)	
Saturia Cuchillo	Ama de casa	
Nombre(s) hermanos(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**
Marino Calambas	Agricultor	3108210217
Eugenio Calambas	Agricultor	

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria		2			
Bachillerato Clásico ☐ Técnico ☐					
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** - Regularar, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

Sistemas Si ☐ No ☐	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB			
¿Programa(s) que maneja?	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB			
Idiomas		Lectura			Escritura			Hablado			
Si ☐ No ☐	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	B	

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

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	☐	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.

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-				
2.-				

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
3.-	Gloria Barriga			3117882283

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 concurrir 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

Ruby Ortiz Bacalambas

C.C. 25733726

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 ☐		Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐		Cargo	Tipo de contrato

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.733.126**

CALAMBAS CUCHILLO

APELLIDOS

RUBY ALBA

NOMBRES

Ruby Alba Calambas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-1973**

TORIBIO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-ABR-1996 TORIBIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1109400-00129577-F-0025733126-20081119 **00063**40640A 1 27917075

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

GOBERNACIÓN DE RISARALDA
DIRECCIÓN OPERATIVA
DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO

CARNÉ DE MANIPULADOR DE ALIMENTOS

FOTO

Nº SS066-682 40994

NOMBRE: Kuby Alba Colombas Cuchillo

IDENTIFICACIÓN: 25.733.126

AUTORIZA

RISARALDA

El presente carnet certifica que el titular ha recibido capacitación y entrenamiento supervisado por la Secretaría de Salud del Departamento cumpliendo las normas vigentes en materia de Salud Pública sobre manipulación de alimentos.

Válido Hasta el Enero 30 de 20 26

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO

Con Cedula de Ciudadania No. 25733126

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Pereira. a los veintitres (23) dias del mes de abril de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
Subdirector (E)
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

74909292 - 23/04/2021
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 9121002314990CC25733126C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO

Con Cedula de Ciudadania No. 25733126

Cursó y aprobó la acción de Formación

APLICACION DE MEDIDAS DE CONTROL PARA LA INOCUIDAD DE ALIMENTOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosa De Cabal. a los diez (10) días del mes de diciembre de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
Subdirector (E)
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

71824069 - 10/12/2020
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 9121002224312CC25733126C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO

Con Cedula de Ciudadania No. 25733126

Cursó y aprobó la acción de Formación

HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Rosa De Cabal, a los veintitres (23) dias del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
Subdirector (E)
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

62526785 - 23/08/2019
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 9121001967858CC25733126C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO

Con Cedula de Ciudadania No. 25733126

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 Pereira, a los veintiseis (26) días del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
LILIANA LOPEZ LOPEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

LILIANA LOPEZ LOPEZ
Subdirectora (E)
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL RISARALDA

61853925 - 26/08/2019
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 9308001948444CC25733126C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO

Con Cedula de Ciudadania No. 25733126

Cursó y aprobó la acción de Formación

OMI 1.14 PRIMEROS AUXILIOS SANITARIOS (CUADRO A- VI/4-1) STCW/78 ENMENDADO.IMO 1.14 MEDICAL FIRST AID

con una duración de 30 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Santa Rosa De Cabal. a los doce (12) días del mes de noviembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
Subdirector (E)
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO
REGIONAL RISARALDA

63491730 - 12/11/2019
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 9121001994053CC25733126C.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14717599715

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 5 7 3 3 1 2 6 — 6. DV 6

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 5 7 3 3 1 2 6	1 9 9 6 0 4 0 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cauca 1 9	Toribio 8 2 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CALAMBAS	CUCHILLO	RUBY	ALBA

35. Razón social

36. Nombre comercial — 37. Sigla

UB

38. País	39. Departamento	
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda	6 8 2

41. Dirección principal: CR 14 28 50

42. Correo electrónico: cbabal@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
6 6 1 0 2 0	3 2 3 4 5 2 2 7 6 0	

Copiar selección

Seleccionar todo

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 0 0 0 1 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] — 60. No. de Folios: 3 — 61. Fecha: 2020 - 10 - 18 / 17 : 58: 34

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: CALAMBAS CUCHILLO RUBY ALBA
985. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 18-10-2020 05:58:38PM

DOCUMENTO CERTIFICADO COSTO

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA
BETSABE ARBELAEZ

HACE CONSTAR

Que la señora **RUBY ALBA CALAMBAS CUCHILLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 25.733.126, labora en esta Institución desde el 01 de mayo de 2018 como Manipuladora de Alimentos, con contrato a término fijo y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas

REGINA ROJAS
Directora Ejecutiva

Carrera 14 No. 28-50 Teléfono 364 1180
Santa Rosa de Cabal, Risaralda
cbabal@yahoo.com

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

CARTA DE COMPROMISO SOBRE EL PERSONAL OFERTADO

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO CON LA UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA

OLGA LILIANA ARAGON OCAMPO identificada como aparece al pie de mi firma, manifiesto mediante la presente que me comprometo a desempeñar el cargo de MANIPULADORA DE ALIMENTOS para la UNION TEMPORAL NUEVA ESPERANZA SANTA ROSA (sede Fundación centro de bienestar y vida Betsabé Arbeláez) con una dedicación del 100% en caso de resultar adjudicataria del proceso de la referencia.

OLGA LILIANA ARAGON OCAMPO
C.C. 24.743.246 de

minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Aragon Ocampo	Olga Liliana
Fecha de nacimiento (D / M / A)	**Lugar de nacimiento**
10 / 9 / 1981	marmato Caldas
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Manantial 1 C11 33A 12 15	Santa rosa de Cabal
Teléfono	**N°. Celular**
3206151438	
Correo electrónico	**Nacionalidad**
estefaaragon6030@gmail.com	
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
ama de Casa	Union libre

Años de experiencia laboral: 10 años

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X]	No. 24743246	(**) Libreta militar No.	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ]	Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción No.	Categoría
	Sí [ ] No [X]		

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Fecha (D / M / A)	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [X] No [ ] — Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [ ] No [X]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Jose Norberto Cadavid	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 mes	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	Describalo e indique su valor mensual			¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $	
¿Por qué conceptos?				¿Cuánto es su aspiración salarial? $	

¿Cuál es su principal afición? Cocina	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

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

11678864

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Edwin Andres Lozano	en una finca		
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
Trabajador	ferlin lopes	3206151438	santa rosa de cabal
No. de personas que dependen económicamente de usted X	**Parentesco**	**Edades**	
	hijos	7, 13, 16, 20	
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Juan Hermino aragon	Campesino	3148588842	
maria rubi ocampo	ama de Casa	3148588842	
Nombre(s) hermano(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Sandra milena aragon	emplea domestica	3215688043	
Maria Vinasco ocampo	ama de Casa	3108277915	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria		1		Institución el llano	
Bachillerato Académico X Técnico X		2			
Comercial Otro		3			
Educación Superior Técnico		4			
Tecnológico		5			
Profesional	11	6			
Posgrados		7			

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

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

Nombre de la institución — **Horario** Diurno Nocturno Fin de semana A distancia

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí No	1.	R B MB	3.	R B MB			
¿Qué programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB			
Idiomas		Escucha	Lectura	Escritura	Habla		
Sí No	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
minero nacional			

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Jefe de cocina	Jefe de Cocina			$ 700000	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato: luz marina guevara — Cargo: Jefe

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ¿Cuánto tiempo? Fijo X 5 años — Contrato directo con la empresa X — Contrato por medio de agencia — Otro ¿Cuál?

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

Motivo del retiro: Por Cambio de Ciudad

*VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

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

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Edoin Castaño Sifuente	Ferretera	Cara 14 # 23-65	3145883324
2.				

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Estefania Aragon Ocampo	Estudiante	Calle 32 # 29-38	3206151438
2.				

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

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 mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Olga Lucia Aragon

C.C. 24743246

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.743.246**

ARAGON OCAMPO
APELLIDOS

OLGA LILIANA
NOMBRES



Olga Liliana Aragón
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1984**
MARMATO
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

23-ABR-2003 MARMATO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0905800-35116821-F-0024743246-20030826 **00168** 03238M 02 123903533

GOBERNACIÓN DE RISARALDA
DIRECCIÓN OPERATIVA
DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO

CARNÉ DE MANIPULADOR DE ALIMENTOS



Nº SS066- 682 40588

NOMBRE: Olga Liliana Aragon Ocampo

IDENTIFICACIÓN: 24743246.

AUTORIZA

RISARALDA

El presente carnet certifica que el titular ha recibido capacitación y entrenamiento supervisado por la Secretaría de Salud del Departamento cumpliendo las normas vigentes en materia de Salud Pública sobre manipulación de alimentos.

Válido Hasta el Enero 30 *de 20* 26

Dra. Laura Fernanda Morales Ariza

Médica y Cirujana UTP
Especialista en Terapéuticas Alternativas
y Farmacología Vegetal FUJNC

@Dralaurafdamorale
@Dralaurafdamorale
medicoluzdevida
3196725327

CERTIFICADO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Se certifica paciente en buenas condiciones generales, con paraclínicos anormales, con presencia de moderada reacción leucocitaria, bacilos cortos gram positivos +++, en frotis de garganta, quistes de E. histolitica +, Blastocistis hominis +, trofozoítos escasos de E. histolitica, en coprológico, se sugiere consulta médica para tratamiento y nueva toma de paraclínicos, por el momento se entrega *CERTIFICADO PROVISIONAL DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, VÁLIDO POR UN MES.*

Dra. Laura Fernanda Morales Ariza
Médica y Cirujana UTP
Especialista en Terapéuticas Alternativas
y Farmacología Vegetal FUJNC
R.M: 38.966.619 - C.C. 33.966.619

Cra. 12 N° 14-36 – Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia consultorioluzdevida@gmail.com

esca pereira

La Escuela de Salud Colombo Americana – ESCA PEREIRA

Con licencia de funcionamiento 0096 del 29 de julio de 2003, actualizada mediante Resolución No. 5287 de mayo 28 de 2018, Acuerdo N° [diciembre 28 de 2017 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Ministerio Salud y de la Protección Social de Colomb

Certifica que:

OLGA LILIANA ARAGON OCAMPO

Identificado con Cédula de C.C. No. 24.743.246 de Marmato , cursó y aprobó la CertificaciónVirtual en "ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR CON ENFOQUE EN LA PERSONA" dictado en Pereira, con una intensidad de CIENTOVEINTE (120) horas.

MARÍA LUCÍA RODRIGUEZ VELÁSQUEZ
DIRECTOR GENERAL

Pereira, 24/08/2023

Fundación
Betsabé Arbeláez

Santa Rosa de Cabal, Febrero de 2025

LA FUNDACION CENTRO DE BIENESTAR Y VIDA
BETSABE ARBELAEZ

HACE CONSTAR

Que la señora OLGA LILIANA ARAGON OCAMPO, identificada con cédula de ciudadanía No. 24.743.246, labora en esta Institución desde el 01 de junio de 2024 como Manipuladora de Alimentos, con contrato a término fijo y devengando el salario mínimo legal mensual vigente. Es una persona responsable y eficiente en el desempeño de sus labores.

La certificación se expide a solicitud del interesado con el fin de dar cumplimiento al perfil del cargo.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Regina Rojas
REGINA ROJAS
Directora Ejecutiva