HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 16-09

Ciudad: YONDÓ | Fecha: 22 / 01 / 2025 | Cargo al cual aspira: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS. | Código cargo:

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido: RODRIGUEZ | Segundo apellido: NAVARRO | Nombres: ELIDA.

Profesión, ocupación u oficio: MANIPULADORA DE ALIMENTOS. | Años de experiencia laboral: 10 A. | ¿Cuánto es su aspiración salarial? $

Lugar de nacimiento: SAN PABLO (BOLIVAR) | (*) Fecha de nacimiento: 05 / 01 / 1983 | (*) Estado civil: U.L.

Dirección domicilio: VEREDA LA PAR. | Barrio: VEREDA. | Teléfono: 3045841625

Cédula de ciudadanía N°: 37'687.985 | Expedida en: PTO WILCHES. | (*) Libreta militar N°: Distrito N°: Primera clase ☐ Segunda clase ☐

FOTOGRAFÍA RECIENTE Tamaño 3 x 4 cms

Licencia de conducción: | ¿Vivienda propia? SI [X] NO [ ] | Nombre del arrendador: | Teléfono: | Valor del arriendo:

¿Usted trabajo actualmente? SI [ ] NO [X] | ¿En qué empresa? | Empleado ☐ Independiente ☐ | Tipo de contrato:

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria				
Bachillerato	I.E.T.A.E. POZO AZUL	SAN PABLO	11°	22/11/2000
Educación Superior	Establecimiento:	Ciudad:	Años cursados:	Fecha:

Título obtenido y/o especialidad: | Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐

¿Qué estudios realiza actualmente? | Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última empresa donde laboró: FUNDACION INTEGRAL. | Dirección: YONDÓ | Teléfono(s): 3168133331

Nombre de su jefe inmediato: CARLOS | Cargo(s) desempeñado(s) por usted: MANIPULADORA ALIMENTOS.

Funciones realizadas: HACER ALMUERZOS A LOS TECNICOS ESTUDIANTES DE LA SEDE: ALGIO BERNUDEL LOPEZ. VEREDA LA PAR.

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
03/03/2024	24/11/24	$ 850.000	$ 850.000.

Motivo del retiro: TERMINACION DE CONTRATO.

Verificación (Tipo de vínculo para ofertas de trabajo):

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato | Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación (Tipo de vínculo para ofertas de trabajo)

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Empezando por la última en la que estuvo de empleado o tenga experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERIA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria	X	HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Carton		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Quimica y Farmaceutica		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO _____	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plastico		ELECTRICIDAD/GAS/AGUA		FINCA RAÍZ		_____	
Tabaco		Vidrio, Ceramica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposo(a) o compañero(a)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante 2	**Parentesco** HIJOS	**Edades** 10 - 8	
Nombre(s) padre(s) JOSE DEL CARMEN RODRIGUEZ	**Profesión, ocupación u oficio** AGRICULTOR.		
MARÍA CERENO PORTELO	FALLECIDA.		

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	NELSON GIL	DOCENTE.	YONDÓ	3117409503
2.-	LAURA PAREJA	AMA DE CASA	BCA/BJA.	

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?		¿Le recomienda alguien que trabaja en esta empresa?
Anuncio ___ Amigo ___ Aparato ___ Otro X		Si ☐ No ☒
Nombre de la persona que lo recomienda	**División o departamento**	
Si tiene parientes en esta empresa mencionelos NO.		

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

Firma del solicitante
ELIDA RODRIGUEZ. N.
cc 37 687 985.

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	**Fecha**
Concepto segundo entrevistador			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	**Fecha**
Conclusiones			
			Fecha
Candidato seleccionado definitivamente SI ☐ NO ☐	**Contratado a partir de**		**Sueldo** $
Candidato ingresa provisionalmente SI ☐ NO ☐	**Cargo**		**Tipo de contrato**
Referencias verificadas por	**Primer entrevistador**	**Segundo entrevistador**	**Firma de quien autoriza contratación**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 37.687.985

RODRIGUEZ NAVARRO

APELLIDOS

ELIDA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1983

SAN PABLO
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 A+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

30-ENE-2002 PUERTO WILCHES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-0501400-00904806-F-0037687985-20170513 0055399394 1 47201953

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: ELIDA RODRIGUEZ NAVARRO

C.C: 37.687.985

PARTICIPÓ EN LA CAPACITACIÓN

FORMACIÓN EN MANIPULACIÓN HIGIÉNICA DE ALIMENTOS

Intensidad: 10 horas

Del 09 de Septiembre 2024 - Barrancabermeja



RAFAEL ANTONIO TORRES FLOREZ
INGENIERO DE ALIMENTOS
ESP. PROTECCION DE ALIMENTOS
TP: 54254146999NTS



CERTIFICACION DE
RECONOCIMIENTO
MEDICO PARA MANIPULADOR DE
ALIMENTOS

Servicio de salud Art. 13 del Decreto 3075 de 1997 Minsalud Y Articulo 11 de Res. 2674 de 2013

NOMBRES Y APELLIDOS
ELIDA RODRIGUEZ NAVARRO
IDENTIFICACIÓN
37687985

Este certificado es válido por un periodo de 12 meses apartir de la fecha

Segun diagnóstico físico y exámenes de laboratorio clínicos
CERTIFICO QUE EL PORTADOR
Se encuentra sin restricción para manipular alimentos
Para verificar información ver exámenes y certificación médica
FECHA DE EXPEDICIÓN 2025-02-01 10:23:57

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: DANIELA FERNANDA PUENTES SANCU
Documento: 1098784766
Registro Médico: 1098784766
Licencia SST 025086

FUNDACION
BIOINTEGRAL

CERTIFICA

Que la señora ELIDA RODRIGUEZ NAVARRO, Identificado con cédula de ciudadanía número 37687985, laboro al servicio de esta Fundación de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: MANIPULADORA DE ALIMENTOS
- Fecha de Inicio: 14/05/2024
- Fecha de Terminación: 24/11/2024

Dado en Yondó, Antioquia, el día 24 días del mes de enero de 2025.

Atentamente.

FRANSI ROMERO LOPEZ
Representante Legal

Fundacion Biointegral
Transformando Vidas
Nit. 900.978.067-5

FUNDACION BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora, **ELIDA RODRIGUEZ NAVARRO** identificado con cédula de ciudadanía número **37.687.985**, labora al servicio de esta Fundación bajo el proceso de ESAL 001-2025 de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: MANIPULADORA DE ALIMENTOS
- Fecha de Inicio: 27/01/2025
- Fecha de Terminación: 28/02/2025

Dado en Yondó, Antioquia, el día 21 días del mes de febrero de 2025

Atentamente.

WILMER FERNANDO NAVARRO GUALDRON
Representante Legal

Fundacion Biointegral
Transformando Vidas
Nit. 900.978.067-6

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL, INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de enero de 2025, a las 10:08:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	37687985
Código de Verificación	37687985250122100815

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262380428

PIB
10:05:36
Hoja 1 de 01

Bogotá D/C, 22 de enero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ELIDA RODRIGUEZ NAVARRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 37687995,

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se derivan 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 desempeñan 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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:09:15 AM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 37687985
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ NAVARRO ELIDA**

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.

Dirección Avenida El Dorado # 75 - 25
barrio Modelia, Bogotá D.C
Atención administrativa Lunes a Viernes
8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano 5159700
ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país 018000 910 112
E-mail: dijin.atencion@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/01/2025 10:09:40 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **37687985 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **108770002** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-37687985
Nombres:	ELIDA
Apellidos:	RODRIGUEZ NAVARRO
No. de Carnet:	0800D530F04C8146E053020213AC0A64
Tipo de afiliado:	CABEZA DE FAMILIA
Fecha de afiliación:	
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Subsidiado
IPS:	
Departamento - Municipio:	BOLIVAR-CANTAGALLO
Nivel Sisben:	1

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certificación se expide y firma el Wednesday, January 22, 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta el Saturday, February 22, 2025

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ NAVARRO ELIDA** identificado(a) con **CC** número **37.687.985** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 12 de julio de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de enero de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

ARL | sura

Medellín, 24 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMADO VIDAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 3	Porcentaje Cotización:	2.436 %	
C3768798S	RODRIGUEZ NAVARRO ELIDA	27/01/2025	21/02/2025	19319220	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/01/2025 15:58:13
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.50.73, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cajasan

NIT 890.203.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019774 FECHA 29/01/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO
Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
900978067	NI	FUNDACION BIONTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
37657965	CC	RODRIGUEZ	NAVARRO	ELIDA'	

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: NO / PAIS: Colombia	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Información no disponible	F		CLL 47 N 24-27		YONDÓ - ANTIOQUIA	YONDÓ - ANTIOQUIA	05/01/1983

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
recursohumanoconsor@gmail.com	recursohumanoconsor@gmail.com	6212121

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
Cabeza de familia	No disponible

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
MANIPULADORA	MANIPULADORA	1423500	314 4410136		27/01/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
PRIMARIA BASICA	Unión libre	Casa	Otros

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN al tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 0180009728021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador

VIGILADO SuperSubsidio

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Codigo F-GOS-11
Fecha agosto 05 de 2015
Versión 5

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: FUNDACION PROMOTORA DEL TRANCO COMUNIDAD VIVA
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: ELIDA RODRIGUEZ NAVARRO
Identificación: 37687985
Fecha de Nacimiento: Enero 05 de 1981
Edad: 43
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: COOSALUD EPS
Registro: 624326





CONCEPTO MÉDICO	**TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO**
VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SIN RESTRICCIONES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

CARDIOVASCULARES	BAJAR DE PESO
AUDITIVAS	NINGUNA
VISUALES	NINGUNA
ERGONÓMICAS	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PÉRSONAL
METABÓLICAS	DIETA HIPOCALÓRICA, EJERCICIO 150 MINUTOS SEMANAL, CONTROL NUTRICIONAL POR EPS
RESPIRATORIAS	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES	USO ESTRICTO DE GUANTES PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR EPS

RESTRICCIONES

CARDIOVASCULARES	NINGUNA
AUDITIVAS	NINGUNA
VISUALES	NINGUNA
ERGONÓMICAS	NINGUNA
METABÓLICAS	NINGUNA
RESPIRATORIAS	NINGUNA
NEUROLÓGICAS	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES	NO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

OPTOMETRIA	GLICEMIA PHE	TRIGLICERIDOS	VALORACION OSTEOMUSCULAR
EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO	PHE - EXAMEN DIRECTO PARA PARASITOS	ANEXO SINTOMAS RESPIRATORIO COVID19	VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Febrero 01 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del médico

Firma del trabajador

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: DANIELA FERNANDA PUENTES SANGU
Documento: 1098784766
Registro Medico: 1098784766
Licencia SST: 025086

ELIDA RODRIGUEZ NAVARRO
Documento No: 37687985

minerva
10-03

HOJA DE VIDA ORIGINAL Minerva 1000

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 3 Concepto 111 DAT.



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Castro Quiedo	Maglony
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
D 17 M 06 A 1973	Remedios - Antioquia
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Vereda Bella Vista	yondó - Antioquia
Teléfono	**N°. Celular**
	3024370942
Correo electrónico	**Nacionalidad**
	Colombiana
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral**
Ama de Casa	Casada

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

Cédula de ciudadanía [X]	No 28.020.662	(**) Libreta militar No	Primera clase [ ]
Extranjería [ ]	Expedida en Barrancabermeja	Distrito No	Segunda clase [ ]
Tarjeta profesional No	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción No	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿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	¿Conoce a 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 [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otra [ ] ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [ ] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [ ]	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?		¿Practica algún deporte? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?			

02124 007813

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Manuel Hernan Sierra	Agricultor	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
		3024370942	yondó-Antioquia

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Rafaela Oviedo Quiroz	Ama de Casa	3024370942

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Elizabeth Castro Oviedo	Ama de casa	3134096872
Moises Castro Oviedo	Agricultor	3228956526

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria		3		Centro Rural Bellavista	yondó-Ant
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐ Tecnológico ☐ Profesional ☐					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
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** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Si ☐ No ☐								
¿Qué programas maneja?	1	R B MB	3	R B MB				
	2	R B MB	4	R B MB				

Idiomas Si ☐ No ☐		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
¿Qué idioma(s) conoce?	1	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB
	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 ACTUAL O EL ÚLTIMO. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA. NOTA: ANOTACIONES FALSAS EN ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANIPULACIÓN CONSTITUYE

Nombre de la última o actual 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? | Contrato directo con la empresa ☐ | Otro ☐ ¿Cuál? | Fijo ☐ | Contrato por medio de agencia ☐

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	Area 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 ☐ ¿Cuanto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cual?
Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐

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	Area 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 ☐ ¿Cuanto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cual?
Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐

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	Ocupacion	Direccion	Telefono
1.	Stella Sierra Padilla	Ama de Casa	Yondó - Antioquia	3155476769
2.	Luis F. Lopez Beltrán	Vigilante	Yondó - Antioquia	3184927226

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

	Nombre	Ocupacion	Direccion	Telefono
1.	Manuel Sierra Camargo	Agricultor	Yondó - Antioquia	3024370942
2.	Elizabeth Castro Oviedo	Ama de Casa	Yondó - Antioquia	3134096872

Autorizo pedir informacion de mi Hoja de Vida sin ninguna restriccion ☒ Marcar 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 mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1º) Regimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

Mayoni Castro
C.C. 28020662

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.020.662**

CASTRO OVIEDO

APELLIDOS

MAGLONY

NOMBRES

Maglony castro oviedo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUN-1973**

REMEDIOS
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	O+	F
ESTATURA	G.S RH	SEXO

16-FEB-1998 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2701900-00190473-F-0028020662-20091026 0017458288A 1 1970020219

CERTIFICACION DE
RECONOCIMIENTO
MEDICO PARA MANIPULADOR DE
ALIMENTOS

Servicio de salud Art. 13 del Decreto 3075 de 1997 Minsalud Y Articulo 11 de Res. 2674 de 2013.

NOMBRES Y APELLIDOS
MAGLONY CASTRO OVIEDO
IDENTIFICACIÓN
28020562

Este certificado es válido por un periodo de 12 meses apartir de la fecha

Segun diagnóstico físico y exámenes de laboratorio clínico

CERTIFICO QUE EL PORTADOR
Se encuentra sin restricción para manipular alimentos

Para verificar información ver exámenes y certificación médica

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2025-02-01 08:50:10

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: DANIELA FERNANDA PUENTES SANGU
Documento: 1098784766
Registro Médico: 1098784766
Licencia SST: 025086

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MAGLONY CASTRO OVIEDO

Con Cédula de Ciudadania No. 28020662

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 Yondó, a los veintisiete (27) dias del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

FERNANDO CANO GOMEZ
Subdirector
COMPLEJO TECNOLÓGICO MINERO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

98515904 - 27/05/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número: 9502802972815[illegible]2802066[illegible]

FUNDACION
BIOINTEGRAL

CERTIFICA

Que la señora MAGLONY CASTRO OVIEDO, Identificado con cédula de ciudadanía número 28020662, laboro al servicio de esta Fundación de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: MANIPULADORA DE ALIMENTOS
- Fecha de Inicio: 14/05/2024
- Fecha de Terminación: 24/11/2024

Dado en Yondó, Antioquia, el día 24 días del mes de enero de 2025.

Atentamente.

FRANSI ROMERO LOPEZ
Representante Legal

Fundacion Biointegral
Transformando Vidas
Nit. 900.978.067-5

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 23 de enero de 2025, a las 17:19:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	28020662
Código de Verificación	28020662250123171943

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262546667

PIB
17 20 52
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de enero del 2025

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) MAGLONY CASTRO OVIEDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 28020662:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 05:21:22 PM horas del 23/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **28020662**
Apellidos y Nombres: **CASTRO OVIEDO MAGLONY**

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.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: (Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.grancat@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

https://www.policia.gov.co/

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/02/2025 10:51:31 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **28020662 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **109711510** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el numero de cedula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Codigo Verificación: 3269634

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.

CERTIFICA QUE:

MAGLONY CASTRO OVIEDO, identificado con Cedula Ciudadania 28020662 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y N° de identificación:	Cedula Ciudadania 28020662
Nombres y apellidos:	MAGLONY CASTRO OVIEDO
Nivel de Sisben:	No Aplica
Grupo Sisben:	
Fecha de afiliación:	2012-01-13
Ciudad:	YONDO
Régimen:	SUBSIDIADO
Estado de afiliacion:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	
Semanas de afiliación:	680

El presente documento fue generado el 2025-01-24 10:11:26, valido por 15 días a partir de la fecha de generación, sin embargo el estado de afiliación puede cambiar de acuerdo a la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

DIRECCION DE ASEGURAMIENTO
SAVIA SALUD EPS

2

ARL | sura

Medellín, 29 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMADO VIDAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, clase de riesgo 3, porcentaje de cotización 2.436%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C28020662	CASTRO OVIEDO MAGLONY	27/01/2025	21/02/2025	17317214	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10422113062502940332

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.50.73, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERSALUD DE COLOMBIA

2

cajasan

NIT 890.200.106-1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019775 FECHA 29/01/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO	
Número personas a cargo	0

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

I. DATOS DEL EMPLEADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
900978067	NI	FUNDACION BIONTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
280220682	CC	CASTRO	OVIEDO	MAGLONY	

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: NO / PAIS: Colombia	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Información no disponible	F		CLL 47 N 24-27		YONDÓ - ANTIOQUIA	YONDÓ - ANTIOQUIA	17/06/1973

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
recursohumanoconsor@gmail.com	recursohumanoconsor@gmail.com	6212121

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
Cabeza de familia	No disponible

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
MANIPULADORA	MANIPULADORA	1423500	3024370942		27/01/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
PRIMARIA BASICA	Unión libre	Casa	Otros

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA	SUELDO BASICO	CELULAR
				CAJA?		

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Maglony castro oviedo

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto [0 1] Inscripción

4. Número de formulario: 141159097632

(415)7707212489984(8020) 000014115909763 2

3. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Medellín	14. Buzón electrónico
2 8 0 2 0 6 6 2	3	1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 8 0 2 0 6 6 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Barrancabermeja 0 8 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	OVIEDO	MAGLONY	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Yondó 8 9 3

41. Dirección principal: VDA BELLAVISTA

42. Correo electrónico: maglonyc@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 4 3 7 0 9 4 2	

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
1 0 8 4	2 0 2 5 0 1 3 1	8 2 9 9	2 0 2 5 0 1 3 1			

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

No responsable de IVA

Usuarios 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012

Firma del solicitante

Maglony castro

28020662

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: MORERA BOLIVAR ANGEL CARIME

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 31-01-2025 03:10:21PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Codigo F-GOS-11
Fecha agosto 05 de 2015
Versión 5

2

Ciudad y fecha Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen PRE-INGRESO
Empresa FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan SALUD LABORAL
Nombre MAGLONY CASTRO OVIEDO
Identificación 28020662
Fecha de Nacimiento Junio 17 de 1973
Edad 51
Cargo MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS SAVIASALUD EPS
Registro 624287





CONCEPTO MÉDICO:	TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO
VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SIN RESTRICCIONES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

CARDIOVASCULARES	NINGUNA
AUDITIVAS	NINGUNA
VISUALES	NINGUNA
ERGONÓMICAS	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PÉRSONAL
METABOLICAS	FOMENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES
RESPIRATORIAS	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES	NO

RESTRICCIONES

CARDIOVASCULARES	NINGUNA
AUDITIVAS	NINGUNA
VISUALES	NINGUNA
ERGONÓMICAS	NINGUNA
METABOLICAS	NINGUNA
RESPIRATORIAS	NINGUNA
NEUROLÓGICAS	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES	NO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

COPROLOGICO	GLICEMIA PRE	FROTIS FARINGEO	VALORACION OSTEOMUSCULAR
EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO	KOH - EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS	ANEXO SINTOMAS RESPIRATORIO COVID19	VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Febrero 01 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del médico

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre DANIELA FERNANDA PUENTES SANGU
Documento 1098784766
Registro Médico 1098784766
Licencia SST 025086

Firma del trabajador:

Maglony Castro

MAGLONY CASTRO OVIEDO
Documento No 28020662

Hoja de vida



ADRIANA MARIA MORALES COLORADO

Powered by CamScanner

DATOS PERSONALES

NOMBRE: ADRIANA MARIA

APELLIDO: MORALES COLORADO

CEDULA DE CIUDADANIA: 22.242.052

FECHA DE NACIMIENTO: 30-AGOSTO-1976

LUGAR DE NACIMIENTO: ZARAGOZA – ANTIOQUIA

ESTADO CIVIL: SOLTERA

DIRECCION: VEREDA JABONAL

CELULAR: 3187563152

CIUDAD: YONDO ANTIOQUIA

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA: INSTITUCION EDUCATIVA LUIS FERNANDO RESTREPO RESTREPO

SECUNDARIA: INSTIOTUCION EDUCATIVA CAMILO TORRES

A MARIA MORALES COLORADO

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: ELENA FROREZ
OCUPACION: AMA DE CASA
CELULAR: 3223558292

NOMBRE: OSMAIDA FLOREZ
OCUPACION: AMA DE CASA
CELULAR: 3118330387

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE: JUAN CAMILO TORRES
OCUPACION: OFICIOS VARIOS
CELULAR: 3176337546

NOMBRE: EDILSON FLOREZ
OCUPACION: OFICIOS VARIOS
CELULAR: 3178306491

ADRIANA MARIA MORALES COLORADO
CC: 22.242.052

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.242.052

MORALES COLORADO

APELLIDOS

ADRIANA MARIA

NOMBRES



ADRIANA MORALES COLORADO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1976

ZARAGOZA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

24-OCT-1995 ZARAGOZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2701900-00157912-F-0022242052-20090529 0011922955A 1 7160009235

Certificación BPM

BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA



CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN

OTORGADO A:

ADRIANA MARIA MORALES COLORADO

CC 22.242.052

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente la acción de formación en:

Buenas Prácticas de Manufactura y Educación Sanitaria

Intensidad : 10 Horas

Por tanto posee los conocimientos necesarios para el desempeño de las labores propias de un Manipulador de alimentos de acuerdo a lo establecido en la resolución 2674 de 2013

Carlos Alberto Trejos A
TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
COPNIA T.P. 05520-029374 ANT

CARLOS ALBERTO TREJOS ARANA

Tecnólogo en Saneamiento Ambiental Universidad de Antioquia
COPNIA T.P. 05520-029374 ANT del 15/08/2013

En testimonio de lo anterior se certifica en Yondo, Antioquia a los
28 dias del mes de ENERO del 2025

CS

FUNDACION BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora, **ELIDA RODRIGUEZ NAVARRO** Identificado con cédula de ciudadanía número **37.687.985**, labora al servicio de esta Fundación bajo el proceso de ESAL 001-2025 de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**
- Fecha de Inicio: 27/01/2025
- Fecha de Terminación: 28/02/2025

Dado en Yondó, Antioquia, el día 21 días del mes de febrero de 2025

Atentamente.

WILMER FERNANDO NAVARRO GUALDRON
Representante Legal

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 28 de enero de 2025, a las 15:28:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	22242052
Código de Verificación	22242052250128152830

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262610679

[illegible] 24 de enero del 2025

LA PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultados el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades [illegible] identificado(a) con [illegible] ADRIANA MARIA MORALES COLORADO [illegible] con Cédula de ciudadanía No. 22[illegible]

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones e inhabilidades que se encuentren en firme. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán además las anotaciones que [illegible] en el registro Anterior de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

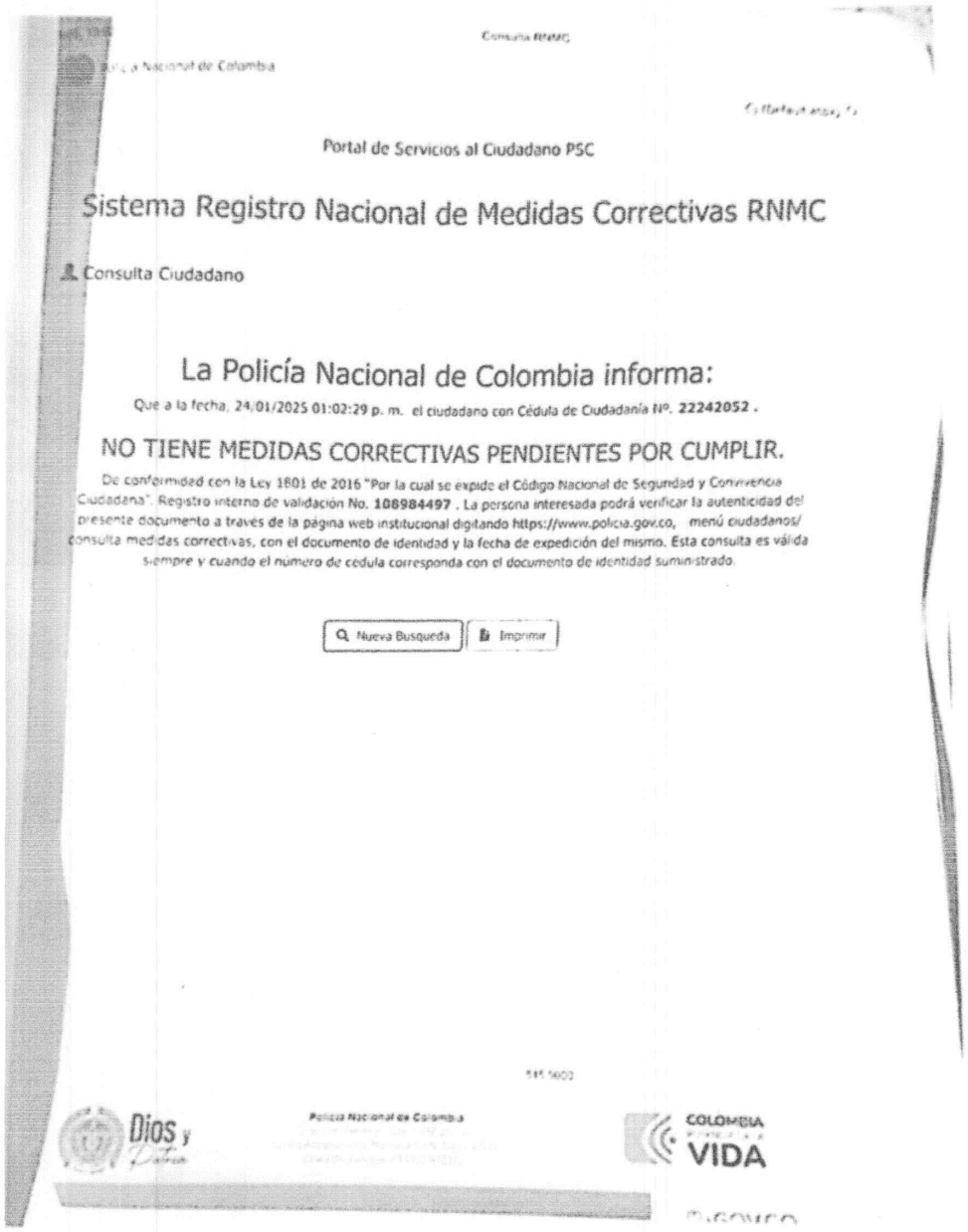
NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades (inhabilidades que se derivan de las sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se derivan de las relaciones contractuales con el Estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las sanciones de [illegible] por investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en [illegible] con ocasión de reparación o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o ejecución de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad validar la información de antecedentes del aspirante en la página web [illegible] www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos A. Arboleda M.

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

Powered by CamScanner



Consulta RNMC

Policía Nacional de Colombia

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/01/2025 01:02:29 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **22242052** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **108984497** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Dios y

Policía Nacional de Colombia

COLOMBIA VIDA

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:37:35 PM horas del 28/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **22242052**
Apellidos y Nombres: **MORALES COLORADO ADRIANA MARIA**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/01/2025 03:40:09 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **22242052** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **109235984** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El usuario afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS con los siguientes datos

Tipo y No. de documento	CC-22242052
Nombres	ADRIANA MARIA
Apellidos	MORALES COLORADO
No. de Carnet	C3A056A5F2DC90B396F98E2224EE2589
Tipo de afiliado	CABEZA DE FAMILIA
Fecha de afiliación	
Estado de afiliación	Activo
Regimen	Subsidiado
IPS	
Departamento - Municipio	SANTANDER-BARRANCABERMEJA
Nivel Sisben	N

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

La anterior certificación se expide y firma el Friday, January 24, 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta el Monday February 24, 2025

CARLOS TORRES SALAZAR

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800 251 440-6

CERTIFICA QUE:

ADRIANA MARIA MORALES COLORADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **22.242.052**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

ARL | sura

Medellín, 29 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMADO VIDAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, clase de riesgo 3, porcentaje de cotización 2.436%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C22242052	MORALES COLORADO ADRIANA MARCIA	27/01/2025	21/02/2025	AQ194137	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10422113062502940332

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.50.73, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019823 FECHA 29/01/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

Cód GM-SUB-F009 Versión 12

I. DATOS DEL EMPLEADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
900078067	NI	FUNDACION BIONTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
22242052	CC	MORALES	COLORADO	ADRIANA	MARIA

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: NO	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Información no disponible	F	PAIS: Colombia	CLL 47 N 24-27		YONDÓ - ANTIOQUIA	YONDÓ - ANTIOQUIA	30/06/1976

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
recursohumanoconsor@gmail.com	recursohumanoconsor@gmail.com	6212121

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ETNICA
Cabeza de familia	No disponible

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
MANIPULADORA	MANIPULADORA	1423500	3187563152		27/01/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
PRIMARIA BASICA	Unión libre	Casa	Otros

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo *Contáctenos* o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Codigo F-GOS-11
Fecha agosto 05 de 2015
Versión 5

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 04 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: ADRIANA MARIA MORALES COLORADO
Identificación: 22242052
Fecha de Nacimiento: Agosto 30 de 1976
Edad: 48
Cargo: MANIPULACION DE ALIMENTOS
EPS: COOSALUD EPS
Registro: 624763





CONCEPTO MÉDICO:	**TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO**
VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SIN RESTRICCIONES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

CARDIOVASCULARES:	BAJAR DE PESO
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
METABÓLICAS:	DIETA HIPOCALÓRICA, EJERCICIO 150 MINUTOS SEMANAL, CONTROL NUTRICIONAL POR EPS
RESPIRATORIAS:	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES:	NO

RESTRICCIONES

CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	NINGUNA
METABÓLICAS:	NINGUNA
RESPIRATORIAS:	NINGUNA
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES:	NO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

		FROTIS FARINGEO	VALORACION OSTEOMUSCULAR
COPROLOGICO	GLICEMIA PRE	ANEXO SINTOMAS RESPIRATORIO COVID19	VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS
KOH - EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS	EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO		

Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Febrero 04 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del médico:

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: SANDRA MILENA JIMENEZ OLIVEROS
Documento: 63538568
Registro Médico: 5195
Licencia SST: 01140

Firma del trabajador:

Adriana MC

ADRIANA MARIA MORALES COLORADO
Documento No: 22242052

minerva
10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 0003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

☐ Exención opcional Ley 13 de 1972 Art. 3 Concepto 111 DAFP

Apellidos del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Devia Ort.z	Karina
Fecha de nacimiento D 28 M 08 A 2000	**Lugar de nacimiento** Bucaramanga. Sant.
Dirección domicilio / Barrio Vereda Cano Blanco	**Ciudad** Yondo
Teléfono 3187819047	**N° Celular** 3187819047
Correo electrónico	**Nacionalidad** Colombiana

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Oficios Varios	Soltera	4

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

Cédula de ciudadanía [X] No. 1005187743	(**) Libreta militar No.	Primera clase ☐
Extranjería ☐ Expedida en: Yondo	Distrito No.	Segunda clase ☐
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Si ☐ No ☐	Licencia de conducción No. Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☐ No [X]	¿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	¿Conoce a 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 ☐ Redes Sociales ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si ☐ No ☐	Vive en casa ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☐	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☐	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?	¿Practica algún deporte? Si ☐ No ☐	¿Cuál(es)?	

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

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐	2022	6	Bachiller	I.E.R la Raya	Yondo.
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Posgrados					

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

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** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Si ☐ No ☐								
¿Que programas maneja?	1	R	B	MB	3	R	B	MB
	2	R	B	MB	4	R	B	MB

Idiomas Si ☐ No ☐		Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
¿Qué idioma(s) conoce?	1	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
	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 ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO (ACTUAL). SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ULTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la ultima o actual 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

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.				
2.				

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐ 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 mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

KARINA DEVIA ORTIZ

C.C. 1005187743


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.005.187.743
DEVIA ORTIZ
KARINA
KARINA Devia Ortiz


FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-2000
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
O+
F
INDICE DERECHO

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: KARINA DEVIA ORTIZ

C.C: 1.005.187.743

PARTICIPÓ EN LA CAPACITACIÓN

FORMACIÓN EN MANIPULACIÓN HIGIÉNICA DE ALIMENTOS

Intensidad: 10 horas

Del 09 de Septiembre 2024 - Barrancabermeja



RAFAEL ANTONIO TORRES FLOREZ
INGENIERO DE ALIMENTOS
ESP. PROTECCION DE ALIMENTOS
TP: 54254146999NTS



CERTIFICACION DE
RECONOCIMIENTO
MEDICO PARA MANIPULADOR DE
ALIMENTOS

Servicio de salud Art 13 del Decreto 3075 de 1997 Minsalud Y Articulo 11 de Res 2674 de 2013

NOMBRES Y APELLIDOS
KARINA DEVIA ORTIZ
IDENTIFICACIÓN
1005187743

Este certificado es válido por un periodo de 12 meses apartir de la fecha

Segun diagnóstico físico y exámenes de laboratorio clínico

CERTIFICO QUE EL PORTADOR

Se encuentra sin restricción para manipular alimentos

Para verificar información ver examenes y certificación médica

FECHA DE EXPEDICIÓN 2025-02-01 09:58:19

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre DANIELA FERNANDA PUENTES SANGU
Documento 1098784766
Registro Médico 1098784766
Licencia SST 025086

FUNDACION BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora, **KARINA DEVIA ORTIZ** Identificado con cédula de ciudadanía número **1.005.187.743,** labora al servicio de esta Fundación bajo el proceso de ESAL 001-2025 de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**
- Fecha de Inicio: 27/01/2025
- Fecha de Terminación: 28/02/2025

Dado en Yondó, Antioquia, el día 21 días del mes de febrero de 2025

Atentamente,

WILMER FERNANDO NAVARRO GUALDRON
Representante Legal

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de enero de 2025, a las 13:10:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1005187743
Código de Verificación	1005187743250122131026

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262406760

FIL:
PIB
13.07.03
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2025

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) KARINA DEVIA ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005187743

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:59:33 PM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1005187743**
Apellidos y Nombres: **DEVIA ORTIZ KARINA**

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.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/02/2025 11:01:59 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1005187743 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **109713210** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1005187743
NOMBRES	KARINA
APELLIDOS	DEVIA ORTIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	BARRANCABERMEJA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/10/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/22/2025 13:04:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

KARINA DEVIA ORTIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.187.743**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

ARL | sura

Medellín, 29 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMADO VIDAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, clase de riesgo 3, porcentaje de cotización 2.436%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1005187743	DEVIA ORTIZ KARINA	27/01/2025	21/02/2025	14713463	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10422113062502940332

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.50.73, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cajasan
NIT 890.200.108.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019776 FECHA 29/01/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO
Número personas a cargo 0

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

I. DATOS DEL EMPLEADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
900978067	NI	FUNDACION BIONTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1005187743	CC	DEVIA	ORTIZ	KARINA	

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: NO	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Información no disponible	F	PAIS Colombia	CLL 47 N 24-27		YONDÓ - ANTIOQUIA	YONDÓ - ANTIOQUIA	28/08/2000

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
recursohumanoconsor@gmail.com	recursohumanoconsor@gmail.com	6212121

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
Cabeza de familia	No disponible

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
MANIPULADORA	MANIPULADORA	1423500	3187819047		27/01/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
PRIMARIA BASICA	Unión libre	Casa	Otros

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Karina Devia Ortiz

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141158533336

(415)7072124899(8020) 000014115853333 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 1 9 5 0 1 5 0	9	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
ersona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	21950150	

ugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
OLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Yondó 8 9 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARA	TORRES	MARIA	EUGENIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
OLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Yondó 8 9 3

41. Dirección principal: CA MONTE BELLO VDA CAÑO BONITO

42. Correo electrónico: mariaeugeniavergara123@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 3 2 7 4 9 3 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
1 0 8 4	2 0 2 1 0 4 0 8	1 0 8 9	2 0 2 1 0 4 0 1				

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
Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
53. Código																			

Exportadores

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión o 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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 de 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984. Nombre: VERGARA TORRES MARIA EUGENIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

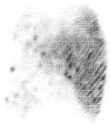
Fecha generación documento PDF: 29-01-2025 05:27:42PM

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Codigo F-GOS-11
Fecha agosto 05 de 2015
Versión: 5

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: KARINA DEVIA ORTIZ
Identificación: 1005187743
Fecha de Nacimiento: Agosto 08 de 2000
Edad: 24
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: NUEVA EPS S.A
Registro: 624297





CONCEPTO MÉDICO:	**TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO**
VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS:	SIN RESTRICCIONES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PÉRSONAL
METABÓLICAS:	FOMENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES
RESPIRATORIAS:	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES:	USO ESTRICTO DE GUANTES PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS, SE RECOMIENDA VALORACION POR EPS

RESTRICCIONES

CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	NINGUNA
METABÓLICAS:	NINGUNA
RESPIRATORIAS:	NINGUNA
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES:	NO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

COPROLOGICO	GLICEMIA PRE	FROTIS FARINGEO	VALORACION OSTEOMUSCULAR
EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO	KOH - EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS	ANEXO SINTOMAS RESPIRATORIO COVID19	VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Febrero 01 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del médico:

Firma del trabajador:

Karina DEvia ortiz

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: DANIELA FERNANDA PUENTES SANGU
Documento: 1098784766
Registro Médico: 1098784766
Licencia SST: 025086

KARINA DEVIA ORTIZ
Documento No: 1005187743

minerva
10-03

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 10-03

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
Vergara Torres	Maria Eugenia
Fecha nacimiento (D / M / A)	**Lugar de nacimiento**
06 / 02 / 1977	Yondó (Ant)
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Vrda Caño Bonito	Yondo
Teléfono	**N° Celular**
	313 3274938
Correo electrónico	**Nacionalidad**
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral**
Oficio Varios	Soltero

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

Cédula de ciudadanía [x] / Extranjería [ ]	No. 21.950.150 Expedida en Yondo (Ant)	(**) Libreta militar No. Distrito No. — Primera clase [ ] Segunda clase [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [ ]	Licencia de conducción No. — Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy amable, responsable, honesta, colaboradora

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [x]	¿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)	¿Conoce a 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 [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿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 [x]	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 700.000
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ 1'600.000
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [x] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?

Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

7 702124 007813 >

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Cargo actual	Dirección	Teléfono / Ciudad
No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Marina Torres	Ama de casa	3133274938
Nombre(s) hermanos(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico / Técnico / Comercial / Otro					
Educación Superior Técnico / Tecnológico / Profesional					
Posgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente? Sí / 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** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas	Sí / No								
¿Qué programas maneja?	1	R B MB	3	R B MB
	2	R B MB	4	R B MB

Idiomas	Sí / No		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
¿Qué idioma(s) conoce?	1		R B MB	R B MB	R B MB	R B MB
	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 ULTIMA 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)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Area 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 / Fijo / ¿Cuanto tiempo? / 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

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 ☐ ¿Cual?

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.	Stela Vergaras Torres	Ama de Casa	Vda Caño Bonito	318 780 3733
2.	Diana Soza	Ama de casa	Yondó	318 486 72 25

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Oscar Vergaro	Oficio Varios	Vda Caño Bonito	3186649595
2.	Robert Diaz V.	Oficio Varios	Yondo	320 856 50 50

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

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos gracias.	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)	Mayle Eugenia Vergara CC 21950150 Yondo

minerva

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **21.950.150**
VERGARA TORRES
APELLIDOS
MARIA EUGENIA
NOMBRES
María E. Vergara A.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-FEB-1972**
YONDO-CASABE
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

11-JUN-1991 YONDO-CASABE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0130000-01049138-F-0021950150-20181207 0063529299A 1 51027364

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA EUGENIA VERGARA TORRES

Con Cédula de Ciudadania No. 21950150

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 Yondó. a los veintisiete (27) dias del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

FERNANDO CANO GOMEZ
Subdirector
COMPLEJO TECNOLÓGICO MINERO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

98519919 - 27/05/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electronico que se encuentra en la pagina web http://certificados.sena.edu.co, bajo el numero 950200297281500C21950150C.

CERTIFICACION DE
RECONOCIMIENTO
MEDICO PARA MANIPULADOR DE
ALIMENTOS

Servicio de salud Art. 13 del Decreto 3075 de 1997 Minsalud Y Articulo 11 de Res. 2674 de 2013

NOMBRES Y APELLIDOS
MARIA EUGENIA VERGARA TORRES
IDENTIFICACIÓN
21950150

Este certificado es válido por un periodo de 12 meses apartir de la fecha

Segun diagnóstico físico y exámenes de laboratorio clínico

CERTIFICO QUE EL PORTADOR

Se encuentra sin restricción para manipular alimentos

Para verificar información ver exámenes y certificación médica

FECHA DE EXPEDICIÓN 2025-02-01 11:43:12

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre DANIELA FERNANDA PUENTES SANGU
Documento 1098784766
Registro Médico 1098784766
Licencia SST 025086

FUNDACION
BIOINTEGRAL

CERTIFICA

Que la señora MARIA EUGENIA VERGARA TORRES , Identificado con cédula de ciudadanía número 21950150, laboro al servicio de esta Fundación de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: MANIPULADORA DE ALIMENTOS
- Fecha de Inicio: 14/05/2024
- Fecha de Terminación: 24/11/2024

Dado en Yondó, Antioquia, el día 24 días del mes de enero de 2025.

Atentamente.

FRANSI ROMERO LOPEZ
Representante Legal

Fundacion Biointegral
Transformando Vidas
Nit. 900.978.067-5

FUNDACION BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora, **MARIA EUGENIA VERGARA TORRES** Identificado con cédula de ciudadanía número **21.950.150** labora al servicio de esta Fundación bajo el proceso de ESAL 001-2025 de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**
- Fecha de Inicio: 27/01/2025
- Fecha de Terminación: 28/02/2025

Dado en Yondó, Antioquia, el día 21 días del mes de febrero de 2025

Atentamente,

WILMER FERNANDO NAVARRO GUALDRON
Representante Legal

Fundacion Biointegral
Transformando Vidas
Nit. 900.978.067-5

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de enero de 2025, a las 15:52:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	21950150
Código de Verificación	21950150250122155206

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262431540

PIB
16 03 14
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2025

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) MARIA EUGENIA VERGARA TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadania número 21950150

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

POLICIA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:56:36 PM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **21950150**
Apellidos y Nombres: **VERGARA TORRES MARIA EUGENIA**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 - 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 17:00 pm y 7:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 515 4700 ext. 30559 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.atencionalciudadano@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados

https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/01/2025 03:53:53 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **21950150** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **108816996** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Codigo Verificación: 3264506

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.

CERTIFICA QUE:

MARIA EUGENIA VERGARA TORRES, identificado con Cedula Ciudadania 21950150 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y N° de identificación:	Cedula Ciudadania 21950150
Nombres y apellidos:	MARIA EUGENIA VERGARA TORRES
Nivel de Sisben:	Nivel 1
Grupo Sisben:	
Fecha de afiliación:	2011-04-01
Ciudad:	YONDO
Régimen:	SUBSIDIADO
Estado de afiliacion:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	
Semanas de afiliación:	720

El presente documento fue generado el 2025-01-22 16:01:53, valido por 15 días a partir de la fecha de generación, sin embargo el estado de afiliación puede cambiar de acuerdo a la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

DIRECCION DE ASEGURAMIENTO
SAVIA SALUD EPS

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA EUGENIA VERGARA TORRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **21950150,** se encuentra afiliado/a desde **02/11/2001** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de enero de 2025.

JOSE LUIS SANTAELLA BERMUDEZ
Director de Afiliaciones (A)

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ARL | sura

Medellin, 29 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMADO VIDAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, clase de riesgo 3, porcentaje de cotización 2.436%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Numero identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C21950150	VERGARA TORRES MARIA EUGENIA	27/01/2025	21/02/2025	T2182155	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10422113062502940332

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.50.73, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE 2025019777 FECHA 29/01/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Numero personas a cargo: 0

Cod GM-SUB-F005 Version 12

I DATOS DEL EMPLEADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
900976067	NI	FUNDACION BIONTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS

II DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
21950150	CC	VERGARA	TORRES	MARIA	EUGENIA

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR NO	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Información no disponible	F	PAIS Colombia	CLL 47 N 24-27		YONDÓ - ANTIOQUIA	YONDÓ ANTIOQUIA	06/02/1972

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
recursohumanoconsor@gmail.com	recursohumanoconsor@gmail.com	8212121

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
Cabeza de familia	No disponible

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
MANIPULADORA	MANIPULADORA	1423500	3133274938		27/01/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
PRIMARIA BASICA	Unión libre	Casa	Otros

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico proteccion.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Sonia E. Vergara T.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Codigo F-GOS-11
Fecha agosto 05 de 2015
Versión 5

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen: PRE INGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: MARIA EUGENIA VERGARA TORRES
Identificación: 21950150
Fecha de Nacimiento: Febrero 06 de 1972
Edad: 52
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: SAVIASALUD EPS
Registro: 624334





CONCEPTO MÉDICO:	**TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO**
VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SIN RESTRICCIONES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES	
CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PÉRSONAL
METABÓLICAS:	FOMENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES
RESPIRATORIAS:	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES:	NO

RESTRICCIONES	
CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	NINGUNA
METABÓLICAS:	NINGUNA
RESPIRATORIAS:	NINGUNA
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES:	NO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

COPROLOGICO	GLICEMIA PRE	FROTIS FARINGEO	VALORACION OSTEOMUSCULAR
KOH - EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS	EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO	ANEXO SINTOMAS RESPIRATORIO COVID19	VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Febrero 01 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del médico:

Firma del trabajador:

María Eugenia Vergara

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: DANIELA FERNANDA PUENTES SANGU
Documento: 1098784766
Registro Médico: 1098784766
Licencia SST: 025086

MARIA EUGENIA VERGARA TORRES
Documento No: 21950150

HO3A DE VIDA

DATOS PERSONALES

NOMBRES	LUZ DARIS
APELLIDOS	MUÑOZ BLANOON
OCUPACION	OFICIOS VARIOS
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21.950.062 de YONDÓ ANTIOQUIA
FECHA DE NACIMIENTO	01 DE DICIEMBRE DEL 1969
LUGAR DE NACIMIENTO	NOREAN- A GUACHICA CESAR
EDAD	55 años
ESTADO CIVIL	Unión Libre
DIRECCIÓN	VEREDA LA ORQUÍDEA
CELULAR	3156889730
CIUDAD	YONDÓ ANTIOQUIA

Po vered oy CamScanner

LUZ DARIS MUÑOZ ELANDON

CEDULA: 21.950.062 Exp. Yondó Antioquia
DIRECCION: Vereda La Orquidea
CELULAR: 3156[illegible]730

PERFIL

Soy una persona responsable con esoíntu emprendedora honesta. con habilidad de desempeAar actividades Asignadas. tengo buenas relaciones interpersonales cumpl dora con las labores que se me asignan colaborador y ágil para realzar cualquier tipo de tarea

INFORMACION PERSONAL

EPS: Sanitas

REFERENCIAS PERSONALES

CLAUDIA PATRICIA MEDINA
Cel 3157226763

Luz Dais Mu Voz Blandón
CC 21 950 062 Exp Yondo Anüoquia

Powered by @ CamScanner

21.950.062
BLANDON



01-OIC-1969



NOREAN
AGUACHICA (CESAR)

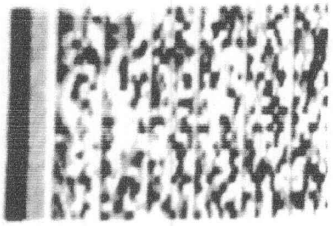
1.48 ESTATURA

0+ G.S. RH

F SEXO

29-AGO-1989 YONDO-CASABE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



0021950062 20170304 00540/2670A 1 7154317008

Powered oy CamScanner

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

#9f0tUCl00 2ó74 de 2013 Norma de Eduración Sanitaria

CERTIFICA

QUE: LUZ DARIS MUÑOZ BLANOON

C.C: 21.950062

PA9TICIPÓ EN LA CAPACITACIÓN

FORMACIÓf¥ EN MANIPULACIÓN HIGIÉNICA DE ALIMENTOS

Intensidad: 10 horas

Del6 de \eptiemóre 2024 — Barrancabermeja

RAFAEL ANTONIO TORRES FLOREZ
INGENIERO DE ALIMENTOS
ESP. PROTECCION DE ALIMENTOS
TP: 54254146999NTS





Po vered oy CamScanner

CLfiTIFICACION BE
RE CONOCIMIENTO
MEDICO PARA MANIPULADOR DE
ALIMENTOS

Servicio de salud Art 13 del Decreto 3075 de 1997 Minsalud Y Articulo 11 de Res 2674 de 2013

NOMBRES Y APELLIDOS
LUi DARIS MUÑOZ BRANDON
IDENTIFICACIÓN
t19S0062

Esle certifiçado es válido por un periodo de 12 meses apartir de la fecha

Según diagnóstico físico y exámenes de laboratorio clínico

CERTIFICO QUE EL PORTADOR

Se encuentra sin restricción para manipular alimentos

Para verifiCaf inlorma8 [illegible] icación médica

FECfJA DE EXPEDICIÓN20t602-01 09 0520

MEOICO ESPECIALISTAEN SST
N0mbre.MONI6AINES VILLAREAL
Documento.5S234320
RegstoV g'1319o33
LiCe,Ci,SST 00>#480

FUNDACION BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora, **LUZ DARIS MUÑOZ BLANDON** Identificado con cédula de ciudadanía número **21.950.062** labora al servicio de esta Fundación bajo el proceso de ESAL 001-2025 de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**
- Fecha de Inicio: 27/01/2025
- Fecha de Terminación: 28/02/2025

Dado en Yondó, Antioquia, el día 21 días del mes de febrero de 2025

Atentamente.

WILMER FERNANDO NAVARRO GUALDRON
Representante Legal

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

RUC llrla vcz consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 24 de enero de 2025, a las 14:09:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Gédula de Ciudadanîa
No. Identificación	21950062
Códiqo de Verificación	21950062250124140931

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la ftrma mecánica aqui plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO **JOJOA SANTACRUZ**
Contralor Delegado

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262617044

PIB
14:10:35
Hojø 1 de 01

Bogotá DC, 24 de enoro del 20Zt

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACţÓN certifies que una vez Consultado el SIstema de Inform8ción de Registro d• Sanciones a Inhagilidade9 (SIRI), 6l(|a) seAor(a) LUZ DARIS MUŃOZ BLANDON IdanIIficado(a) con Cśdula da ciudadanfa número 21050062'

NO REGISTRA SANCIONES NI JNHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentran vigentes. Cuando se traie de nombramiento **o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que** figuren en el registro, **Anterior, de acuerdo a los incisos 3o y 4o del artículo 238 ley 1952 de 2019.**

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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefa Divislón de Ralacionamiento Con El Ciudadano

.sTz CERTIFICADO COasTA OG **01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN** "ODAB LAS NOJA6.

RQ

POLÎCI A NACIONAL
DE COLONBIA

COFsSMîta @fi łlr6ä d6 Antecedentes Penales y Requerimientos JŁłdiC äl66

La Policla Nacional de Colombia ínforma:

Que siendo las 02:12:13 PM horas del 24/01/2025, el ciudadano identificado COn:

Cédula de Ciudadanía N° 21950062

Apellidos y Nombres: **MUÑOZ BLANDON LUZ DARIS**

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 Sentencìa 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 ¡zrsgV1łas fresuentes o acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

DIJIN

Olreccion Avenida El Dorado 3 75 - 7b barmo Modelia, Boqotá D.C.
Alenrion administrativa Lunes a Viemes 8 00 am a 12 00 pm y 2 00 p‹n a S 00 pm
tinea dealenc‹ÔnaIoudedano ô159 /00 ex\ 30552 (Oogłt a)
Resio del pats 016rJ00 910 112
E-ma l dij\n ara›c-

PDlICia Nacional de Colombia

@ (Default.aspx) 0

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

C Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/01/2025 02:15:43 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía **Nº. 11950062** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **108990283** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

t Q Nueva Busqueda	t É Imprimir

POTENCIA DE LA VIDA

A3R•üS

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados — BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÜMERO DE IDENTIFICACION	21950062
NOMBRES	LUZ DARIS
APELLIDOS	MUNOZ BLANDON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	BARRANCABERMEJA

Dxtos de afWatién :

ESTADO	ENTtDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS **S.A.S.**	CONTRIBUTIVO	01/03/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de **tmpresi6n:** 01/24/2025 14:37:48

Estación de **origen:** 192.168.70.220

La información registrada *en* esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas *y* operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en ld CUdJ inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reponada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

ARL SUFO f

Medellín, 29 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Oue la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales • las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadoresde FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMADO VIDAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, óase de riesgo 3, porcentaje de cotización 2.436%.

A continuación sa relacionan las fechas **de afiliación**

Número Identificación	**Nombre**	Fecha Inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de tranaaccl6n	Tipo Cotizante	**Ecfado**
C21950062	MUÑOZ BLANOON LUZ OARIS	27/01/2025	21/02/2025	23	TRABAJADOR **DE TIEMPO PARCIAL**	**EN COBERTURA**

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aqui contenida sea mgl, yisite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10422113062502940332

Atentamente,

Dirección da Afiliacíones y Recaudos

Est• ••«ir••d• tlere validez para efectos de afiliación del trabaja¢lor **a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA SA** así corro para su

importante: La Informaóón contanlda an cate oertticado puede ser validada en cualquier momento por **SEGUROS** DE **VIOA SURAMERICANA S.A.**

Los trabajadores mtnmdos oon asteñaco (°) eon afi)led0e Indepondlantea.
gg$j **f•ttygg mal dag** n do9 agteñs¢tzs (**) son **O0berturas pandientas de retifo.**

ILADO SUPERINTENDENCIA FINAN... DE COLOMBIA

cjtreoddn IP: 100.60.50.73, 192.230.104.10, 172.16.42.57

DIAN

F0rmulario d8l Regl$(f0 úl1iC0 TribUtari0

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141158887699

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 1 9 5 0 0 6 2 | 6. DV 9 | Dirección seccional Impuestos de Medellín | 14. Buzón electrónico 1

IOENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 1 9 5 0 0 6 2

¢ vgar de ex pedición 27. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Anlioqua 0 5	Yondó 8 9 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	BLANDON	LUZ	DA RIS

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	mento	40. Ciudad/Municipio
1 6 9	0 5	Yondó 8 9 3
COL OMBIA	Antioquia	

VDAcLAc ORQUIDEA

43. Código postal	giral_024@hotmail.com	44. Teléfono 1	3 1 5 6 8 8 9 7 3 0	45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

vidad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 0 8 4 1 2 9 2 9 4 3 0 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

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	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

Pa I I de la DIAN

59. Anexos Si [X] NO [ ] 60. No.

La información suministrada a través del I oficial de inscripción, actualización y ra uso eac ue vg icio de las verificaciones que la DIAN realice. 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 6 del Decreto 1625 del 2016. En caso de requerir el formulario el trámite si usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos del 15 de 2013

Firma del solicitante

Firma autorizada

984. Nombre ROJAS [illegible]

985. Cargo Gestor I

LON JAIR

21450062

Fecha generación documento PDF 30-01-2025 11:23:40AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ÜORCO §ve 0ça‹T8C8f8 OOm§0

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: MUÑOZ BLANDON LUZ DARIS, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA No. 21950062 de YONDO, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-139-40-03196-9, fecha de apertura: 10/28/2014.

Se expide en YONDO, a los treinta y un (31) días del mes de enero de 2025, con destino a: QUIEN INTERESE

Banco Agrario de
DIREC (A) OFICINA

/osvered oy CamScanner

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO OE APTITUD MBORAL

Codigo F-GOS-11
Versión 5

Ciu*t^0y **^ B^!!^^ral›e‹meja í rbeio 0j de 2gy5
Tipo de Examen PRE-INGRESO
EMr‹osa f UNÜrCION BlolfJ fLGRAL fRANSFORMANfJO v‹h‹»
Ran SAIUD £ AROR/tL
NOnabtr I U/ UAniS IGUÑOZ BLANOON
!d^l'f'c«c' 2l *K0t2
Fecha dP Nacimiento Olcembre 0J de l969
F-dad SS
C8rgo MANIPULAOOR Di +iuCNTOS
EPS EPS SANITAS S A.
Regsto 62*312





CCtNC€PTO **MÉDICO:**	**TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO**
VANORA?ION PARA MANIPUL4CON DE ALIMENTOS	SIN RESTRICCIOf/ES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

CARDIOVASCULARES	BAUARDEPESO
AUDITIVAS	NINGUNA
V!SU4LES	NINGUNA
£RG0N0MtCAS	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, *USO* DE E1£MENT0S DE PROTECCIÓN PÉRSOKAL
I J1 ABOLICAS	CONTROL NUTRICIONAL POR EPS, F0kIENT0 DE HA8IT0S BE VIDA SALUDABLES
RESPIRATORIAS:	LAVADO E HIGIENE OE MANOS, IMPLEMENTAg MEDIDAS DE AUTOCUIOAOO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEuROLOGiCAs	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES:	C0fJSULTA MEDiCA EN LA ENTIDAO OE SALUD POR HALLAZGO ENLABORATORIO

CARDIOVASCULARES.	NIFfGUNA
AUDITIVAS	NINCUMA
VISUALES	NINGUNA
FRG0NÓMICA$	NINGUNA
UETA8ÓLICAS:	NINGUNA
RCSPIRATORIAS"	NINGUNA
NEUROLOdCAS	NINGUNA
OTRAS PESTRICCIONES.	NO

coeentoc'W	GLICEMIA PRE	rRozsr*lwwszo	VALQkAciOtt 03TEOM ctx,ui
	KOH - EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS	*NEXOGNtOHAS IR*T0ROtoWD) 9	VALORACION PARA VtAl4IPULxCtON OE AtjMEI'fT0s

Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Febrero 01 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico y constancia de comprender las recomendaciones y restricciones.

Fima del médco.

Firma del trabajado:

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
N«mtxe uoNicA iu£s viLLA8EAL
00curneglo 55234320
R uno uaco i3›s
L‹encia 5S r 0033480

LUZ DARIS MUÑOZ BLANOON
Documento No zis50062

minerva
10-03

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie esta 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: Taborda perez | Nombre(s) del aspirante: Luz Omaira

Fecha de nacimiento: 03 | 03 | 1972 | Lugar de nacimiento: Barrancabermeja

Dirección domicilio - Barrio: Vereda Caño negro | Ciudad: yondó

Teléfono: | N. Celular: 3177468862

Correo electrónico: omairataborda1972@gmail.com | Nacionalidad: Colombia

Profesión, ocupación u oficio: Manipuladora | (*) Estado civil: | Años de experiencia laboral:



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

Cédula de ciudadanía: X No. 63467182 | (**) Libreta militar No: | Primera clase:
Extranjería: | Expedida en: Barrancabermeja | Distrito No: | Segunda clase:
Tarjeta profesional No: | ¿Tiene vehículo? Si: No: X | Licencia de conducción No: | Categoría:

II. PERFIL LABORAL

Describa brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractencen en su vida laboral

Me caracterizo por ser una persona responsable con mis labores.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si: No: X | ¿En que empresa? | Empleado: 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 | ¿Conoce a alguien de esta empresa? Si: No: | Nombre: Dependencia:

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si: Nombre: No: X Dependencia: | ¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio: Amigo: Redes Sociales: Por medio de agencia: Otro: X ¿Cual?

Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio diferente al actualmente contratado? Si: X 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: X | Descríbalo e indique su valor mensual: El asignado. | ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 500.000

¿Por qué conceptos? Alimentación, Servicios, Transporte, Ifc. | ¿Cuánto es su aspiración salarial? $

¿Cuál es su principal afición? Trabajar. | ¿Practica algún deporte? Si: No: X ¿Cuál(es)?

Alguna vez ha recibido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si: No: X ¿Cuál(es)?

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
No. de personas que dependen económicamente de usted	**Parentesco**	**Edades**	
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Ana Rosa Taborda.	Hogar.	3166647119	
Nombre(s) hermano(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Gonzalo Franco	Operario.	3152694876	
Maria Franco.	Secretaria	3158018527	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐ Tecnológico ☐ Profesional ☐					
Posgrados					

	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
Si ☐ No ☒			

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 Si ☐ No ☒	1	R	B	MB	3	R	B	MB			
¿Que programas maneja?	2	R	B	MB	4	R	B	MB			

Idiomas		Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
Si ☐ 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 documentacion

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)
Fundación Bromkgral	Alimentación	Cull 55 No. 51-04.13.	

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Area del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Manipuladora de Alimentos	Cocina.	D 14 M 05 A 24	D 23 M 11 A 24.	$	$

Funciones realizadas
Todo relacionado Alimentación

Nombre de su jefe inmediato: Carlos Emilio Tovar Diaz — Cargo: Jefe

Logros obtenidos

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

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	Fecha Retiro	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	Fecha Retiro	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.	Edelmira Diaz Gualdron.	Oficios varios		3004290504
2.	Hermes Moyano.	Ocupación	Dirección	3187483018.

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Leidy Gonzalez	Hogar.		3023561834.
2.	Maria Franco.	Secretaria		3158018577.

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

Firma del solicitante

Omaira Taborda.

cc. 63471182

minerva

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 63.467.182
TABORDA PEREZ

APELLIDOS
LUZ OMAIRA

NOMBRES

Luz Omaira Taborda

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1972
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-FEB-1994 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-0130000-01267353-F-0063467182-20211119 0076587449A 1 9917169285

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LUZ OMAIRA TABORDA PEREZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 63467182

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANIPULACIÓN HIGIÉNICO SANITARIA DE ALIMENTOS

con una duración de 10 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Puerto Berrío. a los doce (12) días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

FERNANDO CANO GOMEZ
Subdirector
COMPLEJO TECNOLÓGICO MINERO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

102855470 - 12/12/2024
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 9502003088243CC63467182C.

CERTIFICACION DE
RECONOCIMIENTO
MEDICO PARA MANIPULADOR DE
ALIMENTOS

Servicio de salud Art. 13 del Decreto 3075 de 1997 Minsalud Y Articulo 11 de Res. 2674 de 2013

NOMBRES Y APELLIDOS
LUZ OMAIRA TABORDA PEREZ
IDENTIFICACIÓN
63467187

Este certificado es válido por un periodo de 12 meses apartir de la fecha

Según diagnóstico físico y exámenes de laboratorio clínico

CERTIFICO QUE EL PORTADOR

Se encuentra sin restricción para manipular alimentos

Para verificar información ver exámenes y certificación médica

FECHA DE EXPEDICIÓN 2025-02-01 09:40:32

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre MONICA INES VILLAREAL
Documento 55234320
Registro Médico 1319033
Licencia SST 0033480

FUNDACION BIOINTEGRAL

CERTIFICA

Que la señora LUZ OMAIRA TABORDA PEREZ, Identificado con cédula de ciudadanía número 63467182, laboro al servicio de esta Fundación de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**
- Fecha de Inicio: 14/05/2024
- Fecha de Terminación: 24/11/2024

Dado en Yondó, Antioquia, el día 24 días del mes de enero de 2025.

Atentamente.

FRANSI ROMERO LOPEZ
Representante Legal

Fundacion Biointegral
Transformando Vidas
Nit. 900.978.067-5

FUNDACION BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora, **LUZ OMAIRA TABORDA PEREZ** Identificado con cédula de ciudadanía número **63.467.182** labora al servicio de esta Fundación bajo el proceso de ESAL 001-2025 de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**
- Fecha de Inicio: 27/01/2025
- Fecha de Terminación: 28/02/2025

Dado en Yondó, Antioquia, el día 21 días del mes de febrero de 2025

Atentamente.

WILMER FERNANDO NAVARRO GUALDRON
Representante Legal

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de enero de 2025, a las 11:04:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	63467182
Código de Verificación	63467182250122110434

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262389308

PIB
11:04:35
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2025

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) LUZ OMAIRA TABORDA PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 63467182.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019

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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:03:53 AM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **63467182**

Apellidos y Nombres: **TABORDA PEREZ LUZ OMAIRA**

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.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano 5159700 ext. 30557 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.grajc-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/02/2025 11:12:35 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **63467182 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". *Registro interno de validación* No. **109715095** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

COLOMBIA VIDA

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	63467182
NOMBRES	LUZ OMAIRA
APELLIDOS	TABORDA PEREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	BARRANCABERMEJA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/22/2025 13:12:21	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término

porvenir
y uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

LUZ OMAIRA TABORDA PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **63.467.182**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

ARL | sura

Medellín, 29 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMADO VIDAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, clase de riesgo 3, porcentaje de cotización 2.436%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C63467182	TABORDA PEREZ LUZ OMAIRA	27/01/2025	21/02/2025	13316512	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10422113062502940332

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación.
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.50.73, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019779 **FECHA** 29/01/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo: 0

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

I. DATOS DEL EMPLEADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
900978067	NI	FUNDACION BIONTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
63467182	CC	TABORDA	PEREZ	LUZ	OMAIRA

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: NO	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Información no disponible	F	PAIS: Colombia	CLL 47 N 24-27		YONDÓ - ANTIOQUIA	YONDÓ ANTIOQUIA	03/03/1972

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
recursohumanoconsor@gmail.com	recursohumanoconsor@gmail.com	6212121

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
Cabeza de familia	No disponible

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
MANIPULADORA	MANIPULADORA	1423500	3177468862		27/01/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
PRIMARIA BASICA	Unión libre	Casa	Otros

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo *Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a* la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, *Sede Administrativa* en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Luz Omaira Taborda

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO Supersubsidio

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2 Concepto: 0 2 Actualización

4 Número de formulario: 14953483877

5 Número de Identificación Tributaria (NIT): 6 3 4 6 7 1 8 2 | 6 DV: 6 | 12 Dirección seccional: Impuestos de Medellín | 13: 1 1 | 14 Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24 Tipo de contribuyente	25 Tipo de documento	26 Número de identificación
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 3 4 6 7 1 8 2

Lugar de expedición	28 País	29 Departamento	30 Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Barrancabermeja 0 8 1

31 Primer apellido	32 Segundo apellido	33 Primer nombre	34 Otros nombres
TABORDA	PEREZ	LUZ	OMAIRA

35 Razón social

36 Nombre comercial | 37 Sigla

UBICACIÓN

38 País	39 Departamento	40 Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Yondó 8 9 3

41 Dirección principal: CR 58 45 275

42 Correo electrónico: omairataborda1972@gmail.com

43 Código postal | 44 Teléfono 1: 3 1 7 7 4 6 8 8 6 2 | 45 Teléfono 2: 3 7 3 8 7 6 8 7 7 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51 Código	52 Número establecimientos
46 Código	47 Fecha inicio actividad	48 Código	49 Fecha inicio actividad	50 Código 1	2		
9 6 0 9	2 0 1 6 1 0 2 8	5 2 2 9	2 0 2 3 1 0 0 2				

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: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54 Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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 [ ] NO [X] | 60 No. de Folios: 0

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984 Nombre: TABORDA PEREZ LUZ OMAIRA

985 Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación doc

CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

22/01/2025

YONDO,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LUZ OMAIRA TABORDA PEREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **63467182**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488445323063**
Fecha de apertura	**17/05/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Codigo F-GOS-11
Fecha agosto 05 de 2015
Versión 5

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: LUZ OMAIRA TABORDA PEREZ
Identificacion: 63467182
Fecha de Nacimiento: Marzo 03 de 1972
Edad: 52
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: NUEVA EPS S.A
Registro: 624331





CONCEPTO MÉDICO:	**TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO**
VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SIN RESTRICCIONES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES	
CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PÉRSONAL
METABÓLICAS:	FOMENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES
RESPIRATORIAS:	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES:	NO

RESTRICCIONES	
CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	NINGUNA
METABÓLICAS:	NINGUNA
RESPIRATORIAS:	NINGUNA
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES:	NO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

COPROLOGICO	GLICEMIA PRE	FROTIS FARINGEO	VALORACION OSTEOMUSCULAR
EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO	KOH - EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS	ANEXO SINTOMAS RESPIRATORIO COVID19	VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Febrero 01 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del médico:

Firma del trabajador:

Luz Omaira

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: MONICA INES VILLAREAL
Documento: 55234320
Registro Médico: 1319033
Licencia SST: 0033480

LUZ OMAIRA TABORDA PEREZ
Documento No. 63467182

minerva
10-03

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 23 | 02 | 2025

Empleo o cargo al que aspira: Manipuladora.

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante: Cardenas Ortiz

Nombre(s) del aspirante: Johana Carolina.

Fecha de nacimiento: 23 | 10 | 1992

Lugar de nacimiento: BarranCabermeja.

Dirección domicilio / Barrio: Vereda el dique

Ciudad: Yondó - Antioquia.

Teléfono:

N°. Celular: 3168049039 - 3164124998

Correo electrónico: Juanpajimenez1096@gmal.con.

Nacionalidad: Colombiana.

Profesión, ocupación u oficio:

(*) Estado civil: Union libre

Años de experiencia laboral:

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

DOCUMENTACIÓN

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

Cedula de ciudadanía: [X] No. 1096218286

Extranjería: [ ] Expedida en: BarranCabermeja.

(**) Libreta militar No.:

Distrito No.:

Primera clase: [ ]

Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional No.:

¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]

Licencia de conducción No.:

Categoría:

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]

¿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

¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ]

Nombre:

Dependencia:

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [ ]

Nombre:

Dependencia:

¿Como 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? Si [ ] No [ ]

Vive en casa ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ]

Nombre del arrendador:

Teléfono:

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [ ]

Describalo e indique su valor mensual:

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
$

¿Por qué conceptos?

¿Cuánto es su aspiración salarial?
$

¿Cual es su principal afición?

¿Practica algun deporte? Si [ ] No [ ] ¿Cual(es)?

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

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

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Juan Pablo Jimenez	Oficios Varios.	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
3	hijos	09, 12, 15

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Nancy Elvira Cardenas.	Oficios Varios.	3208561637.

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Luis eduardo lopez.	Soldado Profesional.	3021490585

V. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]	23/05 2024.			Santiago de Compostella.	
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Si [X] No [ ]	Auxiliar en farmacia.	3 Semestres	1 año y medio.

Nombre de la institución	Horario		
Unitec.		Diurno [ ] Nocturno [ ]	Fin de semana [X] 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 Si [ ] No [X]	1.	R B MB	3.	R B MB
¿Qué programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB

		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
Idiomas Si [ ] No [X]	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 ACTUAL O EL ÚLTIMO. SI NECESITA MAYOR DETALLE SÍRVASE USAR LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. LOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual 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? Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
Fijo [ ] Contrato por medio de agencia [ ]

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

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.	Elenaí Forbes		Barrio Ville manca	3212051186.
2.	Juan Pablo Jimenez.	Oficios Varios.	Vereda el dique	3168049039.

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Nancy Cardenas	Oficios Varios	Vereda el dique	3208561637.
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐ 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. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Johana Cardenas.
CC 1096218286

minerva

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.096.218.286**

CARDENAS ORTIZ

APELLIDOS

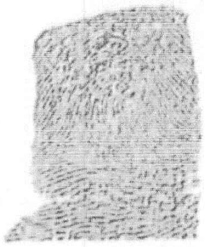
JOHANA CAROLINA

NOMBRES

Johana cardenas

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **23-OCT-1992**

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-NOV-2010 BARRANCABERMEJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2701900-00270333-F-1096218286-20101214 0025183319A 1 34901116

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: JOHANA CAROLINA CARDENAS ORTIZ

C.C: 1.096.218.286

PARTICIPÓ EN LA CAPACITACIÓN

FORMACIÓN EN MANIPULACIÓN HIGIÉNICA DE ALIMENTOS

Intensidad: 10 horas

Del 09 de Septiembre 2024 - Barrancabermeja



RAFAELANTONIO TORRESFLOREZ
INGENIERO DE ALIMENTOS
ESP. PROTECCION DEALIMENTOS
TP: 54254146999NTS



RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Codigo F-GOS-11
Fecha:agosto 05 de 2015
Versión: 5

CERTIFICACION DE
RECONOCIMIENTO
MEDICO PARA MANIPULADOR DE
ALIMENTOS

Servicio de salud Art. 13 del Decreto 3075 de 1997 Minsalud Y Articulo 11 de Res. 2674 de 2013.

NOMBRES Y APELLIDOS
JOHANA CAROLINA CARDENAS ORTIZ
IDENTIFICACIÓN
1096218266

Este certificado es válido por un periodo de 12 meses apartir de la fecha

Según diagnóstico físico y exámenes de laboratorio clínico
CERTIFICO QUE EL PORTADOR
Se encuentra sin restricción para manipular alimentos
Para verificar información ver exámenes y certificación médica
FECHA DE EXPEDICIÓN: 2025-02-08 15:37:55

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: YURLEY MARCELA GUAMAN VESGA
Documento: 1019032660
Registro Médico. 1019032660
Licencia SST: 71

FUNDACION
BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora, **JOHANA CAROLINA CARDENA ORTIZ** Identificado con cédula de ciudadanía número **1.096.218.286** labora al servicio de esta Fundación bajo el proceso de ESAL 001-2025 de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: MANIPULADORA DE ALIMENTOS
- Fecha de Inicio: 27/01/2025
- Fecha de Terminación: 28/02/2025

Dado en Yondó, Antioquia, el día 21 días del mes de febrero de 2025

Atentamente.

WILMER FERNANDO NAVARRO GUALDRON
Representante Legal

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de enero de 2025, a las 15:21:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1096218286
Código de Verificación	109621828625012215 2156

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 262424629

PIB
15:22:41
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de enero del 2025

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) JOHANA CAROLINA CARDENAS ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1096218286.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:15:50 AM horas del 04/02/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1096218286**
Apellidos y Nombres: **CARDENAS ORTIZ JOHANA CAROLINA**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 - 25 barrio Modelia Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.ariac@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/01/2025 03:21:17 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1096218286 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **108811338** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Codigo Verificación: 3264270

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.

CERTIFICA QUE:

JOHANA CAROLINA CARDENAS ORTIZ, identificado con Cedula Ciudadania 1096218286 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y N° de identificación:	Cedula Ciudadania 1096218286
Nombres y apellidos:	JOHANA CAROLINA CARDENAS
Nivel de Sisben:	Nivel 1
Grupo Sisben:	
Fecha de afiliación:	2025-01-01
Ciudad:	YONDO
Régimen:	SUBSIDIADO
Estado de afiliacion:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	
Semanas de afiliación:	3

El presente documento fue generado el 2025-01-22 15:15:14, valido por 15 días a partir de la fecha de generación, sin embargo el estado de afiliación puede cambiar de acuerdo a la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

DIRECCION DE ASEGURAMIENTO

SAVIA SALUD EPS

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

JOHANA CAROLINA CARDENAS ORTIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.218.286**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ARL | sura

Medellín, 24 de January de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMADO VIDAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 3	Porcentaje Cotizacion:	2.436 %	
C1096218286	CARDENAS ORTIZ JOHANA CAROLINA	27/01/2025	21/02/2025	94624514	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/01/2025 16:30:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.50.73, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019780 FECHA 29/01/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO
Número personas a cargo: 0

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

I. DATOS DEL EMPLEADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
900978067	NI	FUNDACION BIONTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1096218286	CC	CARDENA	ORTIZ	JOHANA	CAROLINA

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: NO PAIS: Colombia	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Información no disponible	F		CLL 47 N 24-27		YONDÓ - ANTIOQUIA	YONDÓ - ANTIOQUIA	23/10/1992

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
recursohumanoconsor@gmail.com	recursohumanoconsor@gmail.com	6212121

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
Cabeza de familia	No disponible

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
MANIPULADORA	MANIPULADORA	1423500	3168049039		27/01/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
PRIMARIA BASICA	Unión libre	Casa	Otros

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Codigo:F-GOS-11
Fecha:agosto 05 de 2015
Versión: 5

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 08 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: JOHANA CAROLINA CARDENAS ORTIZ
Identificación: 1096218286
Fecha de Nacimiento: Octubre 23 de 1992
Edad: 32
Cargo: MANIPULACION DE ALIMENTOS
EPS: SAVIASALUD EPS
Registro: 625513





CONCEPTO MÉDICO:	TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO
VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SIN RESTRICCIONES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

CARDIOVASCULARES:	BAJAR DE PESO
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PÉRSONAL
METABÓLICAS:	EJERCICIO 150 MINUTOS SEMANAL, FOMENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES
RESPIRATORIAS:	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES:	NO

RESTRICCIONES

CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	NINGUNA
METABÓLICAS:	NINGUNA
RESPIRATORIAS:	NINGUNA
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES:	NO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

COPROLOGICO	GLICEMIA PRE	FROTIS FARINGEO	VALORACION OSTEOMUSCULAR
EVALUACION MEDICA DE PRE INGRESO	KOH - EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS	ANEXO SINTOMAS RESPIRATORIO COVID19	VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Febrero 08 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del médico

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: YURLEY MARCELA GUAMAN VESGA
Documento: 1019032660
Registro Médico: 1019032660
Licencia SST: 71

Firma del trabajador

Johana Cardenas

JOHANA CAROLINA CARDENAS ORTIZ
Documento No. 1096218286

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
Echeverri	Arias	Ana Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 28.488.423

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 08 AÑO 1979

PAÍS: Colombia

DEPTO: Antioquia

MUNICIPIO: Bello

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS Colombia DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Yondó

TELÉFONO 3138879229 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					SECUNDARIA			MEDIA	
PRIMARIA									
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
			X							

TÍTULO OBTENIDO:

FECHA DE GRADO

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

ESPECIFIQUE 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

Escaneado con CamScanner

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
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 PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO 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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 23-Enero-2025

. Anamaria Echeverri

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.488.427**

ECHEVERRI ARIAS

APELLIDOS

ANA MARIA

NOMBRES

Anamaria Echeverri

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-1979**

BELLO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-MAR-2000 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0130000-00552547-F-0028488427-20140304 0037576238A 3 41685667

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: ANA MARIA ECHEVERRI ARIAS

C.C: 28.488.427

PARTICIPÓ EN LA CAPACITACIÓN

FORMACIÓN EN MANIPULACIÓN HIGIÉNICA DE ALIMENTOS

Intensidad: 10 horas

Del 09 de Septiembre 2024 - Barrancabermeja

RAFAELANTONIO TORRESFLOREZ
INGENIERO DE ALIMENTOS
ESP. PROTECCION DEALIMENTOS
TP: 54254146999NTS





CERTIFICACION DE
RECONOCIMIENTO
MEDICO PARA MANIPULADOR DE
ALIMENTOS

Servicio de salud Art. 13 del Decreto 3075 de 1997 Minsalud Y Articulo 11 de Res. 2674 de 2013

NOMBRES Y APELLIDOS
ANA MARIA ECHEVERRI ARIAS
IDENTIFICACION
28488427

Este certificado es valido por un periodo de 12 meses apartir de la fecha

Segun diagnostico fisico y examenes de laboratorio clinico

CERTIFICO QUE EL PORTADOR

Se encuentra sin restricción para manipular alimentos

Para verificar información ver examenes y certificacion medica

FECHA DE EXPEDICIÓN 2025-02-07 17:39:28

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre YURLEY MARCELA OLAYAN VESGA
Documento 1019032660
Registro Medico 1019032660
Licencia SST 71

FUNDACION BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora, **ANA MARIA ECHEVERRI ARIAS** Identificado con cédula de ciudadanía número **28.488.427** labora al servicio de esta Fundación bajo el proceso de ESAL 001-2025 de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**
- Fecha de Inicio: 27/01/2025
- Fecha de Terminación: 28/02/2025

Dado en Yondó, Antioquia, el día 21 días del mes de febrero de 2025

Atentamente.

WILMER FERNANDO NAVARRO GUALDRON
Representante Legal

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 23 de enero de 2025, a las 09:28:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	28488427
Código de Verificación	28488427250123092857

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 262479227

PIB
09:23 31
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de enero del 2025

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) ANA MARIA ECHEVERRI ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 28488427:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:22:51 AM horas del 04/02/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **28488427**
Apellidos y Nombres: **ECHEVERRI ARIAS ANA MARIA**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.grase
atc@policia.gov.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	28488427
NOMBRES	ANA MARIA
APELLIDOS	ECHEVERRI ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	YONDO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS"	SUBSIDIADO	01/10/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/28/2025 16:18:30	**Estación de origen:**	192.168.70.220

.a información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen ubsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del linisterio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la .DRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones ècnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la dministradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

especto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de filiación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual

9

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

ANA MARIA ECHEVERRI ARIAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.488.427**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ARL | sura

Medellín, 29 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMADO VIDAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, clase de riesgo 3, porcentaje de cotización 2.436%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C28488427	ECHEVERRI ARIAS ANA MARIA	27/01/2025	21/02/2025	b173y221	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes C10422113062502940332

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.50.73, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

9.

cajasan

NIT 890.206.106-1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019824 FECHA 29/01/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO	
Número personas a cargo	0

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

I. DATOS DEL EMPLEADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
900978067	NI	FUNDACION BIONTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
25488427	CC	ECHEVERRI	ARIAS	ANA	MARIA

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: NO	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Información no disponible	F	PAIS Colombia	CLL 47 N 24-27		YONDÓ - ANTIOQUIA	YONDÓ - ANTIOQUIA	10/06/1979

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
recursohumanosconsor@gmail.com	recursohumanosconsor@gmail.com	6212121

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
Cabeza de familia	No disponible

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
MANIPULADORA	MANIPULADORA	1423500	3139879229		27/01/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
PRIMARIA BASICA	Unión libre	Casa	Otros

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

9

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141160600689

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 2848842 — 8. DV: 7

12. Dirección seccional: Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	28488427

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Santander 68	Barrancabermeja 081

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ECHEVERRI	ARIAS	ANA	MARIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Antioquia 05	Yondó 893

41. Dirección principal: VDA CIENEGA BARBACOAS

42. Correo electrónico: carolinatovaq1@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3138879229

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
1084	2025/02/07						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

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 [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante: -Ana maria Echeverri Arias 28488427

Sin perjuicio de las verificaciones que le DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: ROJAS FRANCO MARLON JAIR

985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF 07-02-2025 11:44:36AM

RUT SUSPENDIDO
DOCUMENTO SIN COSTO

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Codigo F-GOS-11
Fecha agosto 05 de 2015
Versión: 5

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 07 de 2025
Tipo de Examen: PREINGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: ANA MARIA ECHEVERRI ARIAS
Identificación: 28488427
Fecha de Nacimiento: Agosto 10 de 1979
Edad: 45
Cargo: MANIPULACION DE ALIMENTOS
EPS: NUEVA EPS S.A
Registro: 625314





CONCEPTO MÉDICO:	TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO
VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS:	SIN RESTRICCIONES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES

CARDIOVASCULARES:	BAJAR DE PESO
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
METABÓLICAS:	EJERCICIO 150 MINUTOS SEMANAL, CONTROL NUTRICIONAL POR EPS, FOMENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES
RESPIRATORIAS:	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES:	NO

RESTRICCIONES

CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	NINGUNA
METABÓLICAS:	NINGUNA
RESPIRATORIAS:	NINGUNA
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES:	NO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

OPTOMETRIA	OTOSCOPIA PRE	FROTIS FARINGEO	VALORACION OSTEOMUSCULAR
EXP. AMBIENTE PICO PARA HONGOS	EVALUACION MEDICA DE PRE INGRESO	AUDIO SINTONIA ESPIROMETRIA COVID19	VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Febrero 07 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del medico

Firma del trabajador

Ana maria Echeverri

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: YURLEY MARCELA GUAMAN VESGA
Documento: 1019032660
Registro Medico: 1019032660
Licencia SSST: 21

ANA MARIA ECHEVERRI ARIAS
Documento No: 28488427

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
Restrepo	Andrade	Elida Mabel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 21950573

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 14 MES 07 AÑO 1977

PAÍS: Colombia

DEPTO: Antioquia

MUNICIPIO: Yondó

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Sardinala Alta

PAÍS: Colombia DEPTO: Antioquia

MUNICIPIO: Yondó

TELÉFONO: 3229540437 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
PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES [ ] 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 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

Powered by CamScanner

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
Alcaldia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	Yondó	

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

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.

Powered by CamScanner

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 EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) 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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 24-01-2025

Elida Mabel Restrepo Andrade

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.950.573

RESTREPO ANDRADE

APELLIDOS

ELIDA MABEL

NOMBRES

Elida Mabel Restrepo Andrade

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1977

YONDO - CASABE
YONDO (ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 — ESTATURA

O+ — G.S. RH

F — SEXO

16-SEP-1996 YONDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS MIEL SANCHEZ TORRES

A 2701600 00143364 F 0021950573 20081027 00089 1 0000A

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: ELIDA MABEL RESTREPO ANDRADE

C.C: 21.950.573

PARTICIPÓ EN LA CAPACITACIÓN

FORMACIÓN EN MANIPULACIÓN HIGIÉNICA DE ALIMENTOS

Intensidad: 10 horas

Del 09 de Septiembre 2024 - Barrancabermeja



RAFAEL ANTONIO TORRES FLOREZ
INGENIERO DE ALIMENTOS
ESP. PROTECCION DE ALIMENTOS
TP: 54254146999NTS



Powered by CamScanner

CERTIFICACION DE
RECONOCIMIENTO
MEDICO PARA MANIPULADOR DE
ALIMENTOS

Servicio de salud Art. 13 del Decreto 3075 de 1997 Minsalud Y Articulo 11 de Res. 2674 de 2013.

NOMBRES Y APELLIDOS
ELIDA MABEL RESTREPO ANDRADE
IDENTIFICACIÓN
21950573

Este certificado es válido por un periodo de 12 meses apartir de la fecha

Según diagnóstico físico y exámenes de laboratorio clínico

CERTIFICO QUE EL PORTADOR

Se encuentra sin restricción para manipular alimentos

Para verificar información ver exámenes y certificación médica

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2025-02-01 09:13:10

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: DANIELA FERNANDA PUENTES SANGU
Documento: 1098784766
Registro Médico: 1098784766
Licencia SST: 025086

Powered by CamScanner

FUNDACION BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora, **ELIDA MABEL RESTREPO ANDRADE** Identificado con cédula de ciudadanía número **21.950.573** labora al servicio de esta Fundación bajo el proceso de ESAL 001-2025 de acuerdo a lo siguiente:

- Cargo desempeñado: **MANIPULADORA DE ALIMENTOS**
- Fecha de Inicio: 27/01/2025
- Fecha de Terminación: 28/02/2025

Dado en Yondó, Antioquia, el día 21 días del mes de febrero de 2025

Atentamente,

WILMER FERNANDO NAVARRO GUALDRON
Representante Legal

Fundacion Biointegral
Transformando Vidas
Nit. 900.978.067-6

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 24 de enero de 2025, a las 20:30:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	21950573
Código de Verificación	219505732501242030O5

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Powered by CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262928923

PIB
16:27:09

Bogotá DC, 28 de enero del 2025

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) ELIDA MABEL RESTREPO ANDRADE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 21950573.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:40:06 PM horas del 24/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **21950573**
Apellidos y Nombres: **RESTREPO ANDRADE ELIDA MABEL**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Powered by CamScanner

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/02/2025 11:40:27 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **21950573** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **109719530** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Powered by CamScanner

10

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 21950573 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 06/02/2025 11:44 AM

Código Verificacion: **L3PY81JUKV**

Válida hasta: **07/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	21950573
NOMBRES	ELIDA MABEL
APELLIDOS	RESTREPO ANDRADE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	YONDO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS"	SUBSIDIADO	01/10/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/28/2025 16:21:10	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELIDA MABEL RESTREPO ANDRADE, *identificado(a) con cédula de ciudadanía* **21.950.573,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Powered by CamScanner

10

cajasan
NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019625 FECHA 29/01/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

I. DATOS DEL EMPLEADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
900978067	NI	FUNDACION BIONTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
21950573	CC	RESTREPO	ANDRADE	ELIDA	MABEL

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR: NO	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Información no disponible	F	PAIS: Colombia	CLL 47 N 24-27		YONDÓ - ANTIOQUIA	YONDÓ - ANTIOQUIA	14/07/1977

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
recursohumanoconsor@gmail.com	recursohumanoconsor@gmail.com	6212121

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
Cabeza de familia	*No disponible*

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
MANIPULADORA	MANIPULADORA	1423500	3225404371		27/01/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
PRIMARIA BASICA	Unión libre	Casa	Otros

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA

FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA CAJA?	SUELDO BASICO	CELULAR

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protección.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Elida Mabel Restrepo Andrade.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios.
La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

VIGILADO SuperSubsidio

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14904387821

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2195057 6. DV 3

6. DV 0

12. Dirección seccional Impuestos de Medellín 11

13. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 13

26. Número de Identificación: 21950573

27. Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País 169

29. Departamento: Antioquia 05

30. Ciudad Municipio: Yondó 893

31. Primer apellido: STREPO

32. Segundo apellido: ANDRADE

33. Primer nombre: ELIDA

34. Otros nombres: MABEL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 169

39. Departamento: Antioquia 05

40. Ciudad/Municipio: Yondó 893

41. Dirección principal: AK 46 E # 64-45 URB

42. Correo electrónico: mabelrestrepo51@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3229540437

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal 46. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria 48. Código	49. Fecha inicio actividad	Otras actividades 50. Código 1	2	Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
8511	2023/03/01						

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
49																									

53. Código 49 No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formular el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984. Nombre RESTREPO ANDRADE ELIDA MABEL

985. Cargo Contribuyente

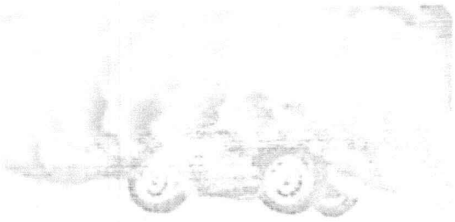
Fecha generación documento PDF 06-02-2025 11:47:55AM

Powered by CamScanner

Mi Banca Móvil + Contigo

Tus productos

Cumple tu sueño de tener **carro**
con el **100% de financiación**
Solicita tu crédito ya ››



Cuenta de Ahorros ...

No. 168633535

Saldo disponible

$ 0,00

Consulta tus productos AVAL

Realiza pagos y transferencias

Powered by CamScanner

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: ELIDA MABEL RESTREPO ANDRADE
Identificación: 21950573
Fecha de Nacimiento: Julio 14 de 1977
Edad: 47
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: SAVIASALUD EPS
Registro: 624324





CONCEPTO MÉDICO:	TRABAJADOR CON APTITUDES FÍSICAS ADECUADAS PARA EJECUTAR EL CARGO
VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SIN RESTRICCIONES
VALORACION OSTEOMUSCULAR	SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES	
CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PÉRSONAL
METABÓLICAS:	FOMENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES
RESPIRATORIAS:	LAVADO E HIGIENE DE MANOS, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENIR INFECCIONES RESPIRATORIAS
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RECOMENDACIONES:	SEGUIMIENTO POR PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE SU EPS

RESTRICCIONES	
CARDIOVASCULARES:	NINGUNA
AUDITIVAS:	NINGUNA
VISUALES:	NINGUNA
ERGONÓMICAS:	NINGUNA
METABÓLICAS:	NINGUNA
RESPIRATORIAS:	NINGUNA
NEUROLÓGICAS:	NINGUNA
OTRAS RESTRICCIONES:	NO

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

COPROLOGICO	GLICEMIA PRE	FROTIS FARINGEO	VALORACION OSTEOMUSCULAR
EVALUACION MEDICA DE PRE-INGRESO	KOH - EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS	ANEXO SINTOMAS RESPIRATORIO COVID19	VALORACION PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Este concepto se emite basado en los hallazgos de la evaluacion medica ocupacional realizada el día Febrero 01 de 2025 y en la información suministrada por el trabajador y la empresa contratante. El usuario firma el concepto medico como constancia de comprender las recomendaciones y/o restricciones emitidas.

Firma del médico:

Firma del trabajador:

Elida Mabel Restrepo Andrade

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: DANIELA FERNANDA PUENTES SANGU
Documento: 1098784766
Registro Medico: 1098784766
Licencia SST: 025086

ELIDA MABEL RESTREPO ANDRADE
Documento No. 21950573

Powered by CamScanner