minerva
10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 22 | 01 | 25

Empleo o cargo al que aspira: Manipuladora de alimentos

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Concepto 111 D.A.F.P.

Apellido(s) del aspirante: Esalas Matos

Nombre(s) del aspirante: Alidis del Carmen

Fecha de nacimiento: 4 | 08 | 1993

Lugar de nacimiento: Arjona. Bolivar

Dirección domicilio / Barrio: Vda. Puerto Casabe

Ciudad: Yondó

Teléfono:

N° Celular: 3145049856-3225077611

FOTOGRAFÍA RECIENTE Tamaño 3 x 4 cm

Correo electrónico: alidismatos256@gmail.com

Nacionalidad: Colombiana

Profesión, ocupación u oficio: Empleada

(*) Estado civil: Unión libre

Años de experiencia laboral: 3 años

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: X No. 1044928423

Extranjería:

Expedida en: Arjona (Bolivar)

(**) Libreta militar No.

Distrito No.

Primera clase:

Segunda clase:

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo? Si: No: V

Licencia de conducción No.

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Tengo estudios hasta 5° de primaria. Me caracterizo por ser una mujer emprendedora, honesta, colaboradora y cumplidora de mi deber.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si: No: X

¿En qué empresa?

Empleado: Independiente:

Tipo de contrato:

¿Trabajó antes en esta empresa? Si: X No:

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si: X No:

Fecha:

¿Conoce a alguien de esta empresa? Si: X No:

Nombre: Yadzi.

Dependencia: Coordinadora

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si: No: X

Nombre:

Dependencia:

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio: Amigo: X Redes Sociales: Por medio de agencia: Otro: ¿Cuál?

¿Actualmente vive en una vivienda propia o arrendada? Si: No: X

Vive en casa: ¿Familiar? ¿Propia? X ¿Arrendada?

Nombre del arrendador:

Teléfono:

¿Hace cuánto tiempo reside en esta Ciudad?: 7 años

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si: No: X

Describalo e indique su valor mensual:

¿Cuánto suman sus otros ingresos económicos mensuales? $ 1.000.000=

¿Por qué conceptos?: Alimentación, Vestuario, Salud.

¿Cuánto es su aspiración salarial? $ 1.400.000=

¿Cuál es su principal afición?: Trabajar

¿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: X ¿Cuál(es)?

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombres y apellidos del cónyuge o compañero(a)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Alexander Tovar	Independiente	
Cargo actual: Comerciante	Dirección: Vda. Pto Casabe	Teléfono: 3225077611
		Ciudad: Yondó
No. de personas que dependen económicamente de usted: 4	Parentesco: Hijos	Edades: 17-15-11-9

Nombres y apellidos padres	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Alexander Tovar	Comerciante	3225077611
Saray Matos	Hogar	3002053256
Nombres y apellidos hermanos	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Juvenal Esalas	Empleado	3169885638
Nelson Esalas	Empleado	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	FECHA FINALIZACIÓN	No. AÑOS CURSO	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2006	5	Básica Primaria	Costurero # 2	Arjona (Bol)
Bachillerato Académico / Técnico / Comercial / Otro					
Educación Superior Técnica / Tecnológica / 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 [X] — ¿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 [X] — ¿Qué programas maneja? 1 R B MB 3 R B MB; 2 R B MB 4 R B MB

Idiomas — Si [ ] No [X] — ¿Qué idioma(s) conoce? 1 R B MB; 2 R B MB

	Escucha	Lectura	Escritura	Habla
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 estudiante(s) favor presentar 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 SOBRE LA ÚLTIMA Y ADJUNTE HOJAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Alcaldía de Yondó		Yondó	

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Manipuladora de alimentos	Escuela	20 08 24	20 11 24	$ 1'250.000	$ 1'250.000

Funciones realizadas: Preparación de los alimentos para los estudiantes en el C.E.R. La Primavera

Nombre de su jefe inmediato: Carlos Emilio. — Cargo:

Logros obtenidos: Aprendizaje en ese campo

Tipo de contrato: Indefinido [ ] Fijo [X] — ¿Cuánto tiempo? — Cómo calificaría a la empresa: [ ] Otro ¿Cuál? — Cómo calificaría su jefe: [ ]

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

Motivo del retiro: Terminación del año escolar.

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono/Cel

Cargos desempeñado(a) 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? 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/Cel

Cargos desempeñado(a) 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? 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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Carolina Ruiz	Docente	Barrancabermeja	3005966286
2.				

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Enrique Tovar	Empleado	Vda. Pto Casabe	3243720724
2.	Jaider Tovar	Empleado	Vda. Pto Casabe	3624535747

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción X

Nota importante

Favor no contestar por teléfono ni acatar a preguntas por la veracidad de esta solicitud. Nosotros le avisaremos oportunamente.

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

Alidis Casalas
CC 1044928423

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.044.928.423**
ESALAS MATOS
APELLIDOS
ALIDIS DEL CARMEN
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-AGO-1993**
ARJONA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-DIC-2012 ARJONA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0500700-00438547-F-1044928423-20130606 0033314061A 1 39610444

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: ALIDIS DEL CARMEN ESALAS MATOS

C.C: 1.044.928.423

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 Artículo 11 de Res. 2674 de 2013

NOMBRES Y APELLIDOS
ALIDIS DEL CARMEN SALAS MATOS
IDENTIFICACIÓN
1044928423

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 2025-07-01 11:30:38

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

FUNDACION BIOINTEGRAL

CERTIFICA

Que la señora, ALIDIS ESALAS MATOS Identificado con cédula de ciudadanía número 1044928423, 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 **ALIDIS DEL CARMEN ESALAS MATOS** , Identificado con cédula de ciudadanía número 1.044.928.423 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 14:33:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1044928423
Código de Verificación	1044928423250122143347

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. 262416234

PIB
14:32:47
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) ALIDIS DEL CARMEN ESALAS MATOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1044928423.

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 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 02:36:42 PM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1044928423**
Apellidos y Nombres: **ESALAS MATOS ALIDIS DEL CARMEN**

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

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 03:17:14 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1044926423 .**

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. **109743971** . 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

515 9000

Dios y Patria

Policía Nacional de Colombia

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

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	1044928423
NOMBRES	ALIDIS DEL CARMEN
APELLIDOS	ESALAS MATOS
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	12/06/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/05/2025 11:26:59	**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

porvenir

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

ALIDIS DEL CARMEN ESALAS MATOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.044.928.423**, 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.

22

ARL | sura

Medellín, 24 de January de 2025

LA DIRECCIÒN 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 %	
C1044928423	ESALAS MATOS ALIDIS DEL CARMEN	27/01/2025	21/02/2025	144n3127	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 17:29:19 .
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, 198.143.37.30, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

72

cajasan

NIT 890.700.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019791 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
1044928423	CC	ESALAS	MATOS	ALEXIS	DEL CARMEN

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	04/08/1993

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

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	3225077611		27/01/2025

NIVEL EL 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 [illegible] 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.

Alexis

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: 141159795105

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 4 4 9 2 8 4 2 3 | 6. DV: 7 | 12. Dirección seccional: 1 1 | 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida: 2
25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía: 1 3
26. Número de identificación: 1044928423
27. Lugar de expedición: COLOMBIA | 28. País: 1 6 9
29. Departamento: Bolívar: 1 3
30. Ciudad/Municipio: Arjona: 0 5 2
31. Primer apellido: ESALAS
32. Segundo apellido: MATOS
33. Primer nombre: ALIDIS
34. Otros nombres: DEL CARMEN
35. Razón social:
36. Nombre comercial:
37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA: 1 6 9
39. Departamento: Antioquia: 0 5
40. Ciudad/Municipio: Yondó: 8 9 3
41. Dirección principal: VDA PUERTO CASABE
42. Correo electrónico: alidismatos256@gmail.com
43. Código postal:
44. Teléfono 1: 3 1 4 5 0 4 9 8 5 6
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
1 0 8 4	2 0 2 2 0 5 1 2	8 2 9 9	2 0 2 5 0 2 0 4				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

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 a los que hubiere lugar, incluyendo la suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.8 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: ESALAS MATOS ALIDIS DEL CARMEN

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 04-02-2025 03:12:31 PM

Powered by CamScanner

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona ESALAS MATOS,ALIDIS DEL CARMEN identificado(a) con CC 1044928423 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 168633634 desde el 01 de febrero de 2025, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 07 de febrero de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

22

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: ALIDIS DEL CARMEN ESALAS MATOS
Identificación: 1044928423
Fecha de Nacimiento: Agosto 04 de 1993
Edad: 31
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: NUEVA EPS S.A.
Registro: 624299





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, 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:	USO ESTRICTO DE GUANTES PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS, VALORIACION POR EPS.

RESTRICCIONES

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

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS AL TRABAJADOR

OPROLOGICO	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 medico:

Firma del trabajador:

A.D.S Esalas

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

ALIDIS DEL CARMEN ESALAS MATOS
Documento No. 1044928423

minerva
10-03

ORIGINAL

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su hoja de vida de forma clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellidos del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Pedroza Palencia	Cecilia
Fecha de nacimiento D 26 M 10 A 1971	**Lugar de nacimiento** El Banco – Magdalena
Dirección domicilio / Barrio Vereda x10	**Ciudad** Yondó - Antioquia
Teléfono	**N° Celular** 3223306540
Correo electrónico	**Nacionalidad** colombiana
Profesión, ocupación u oficio Oficios Varios	**(*) Estado civil** Unión Libre

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

Años de experiencia laboral

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

Cédula de ciudadanía X	No 63.461.339	(**) 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 usted laborando 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?	
¿Actualmente vive en una vivienda propia, alquilada o familiar? Si ☐ No ☐	Vive en casa ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☐	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en esta ciudad?
¿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

Powered by CamScanner

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Adel Castro	Agricultor		
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)**	
Juan Morato Pedroza	Agricultor	3103686798	
Nombre(s) hermano(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Yalexi Morato	Docente	3209046288	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Academico ☐ Tecnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educacion Superior Tecnico ☐ Tecnologico ☐ Profesional ☐					
Posgrados					

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

¿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 ☐ ¿Qué programas maneja?	1	R	B	MB	3	R	B	MB
	2	R	B	MB	4	R	B	MB

Idiomas Si ☐ No ☐ ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
	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 ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la ultima o actual empresa	Actividad Economica	Direccion	Telefono(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? 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

Powered by CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Telefono(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 ¿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			

Nombre de la empresa	Actividad Economica	Dirección	Telefono(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 ¿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	Telefono
1.	Luz stella Galvis	secretaria	Yondó - Antioquia	3206159419
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Telefono

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Telefono
1.	Tatiana Galvis pedrozo	Manicurista	Yondó - Antioquia	3218823943
2.	Nombre: Adel Castro	Ocupación: Agricultor	Dirección: Yondó - Antioquia	Telefono: 3112493624

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°) Regimen Laboral Colombiano § 1057 (Leges)

Firma del solicitante

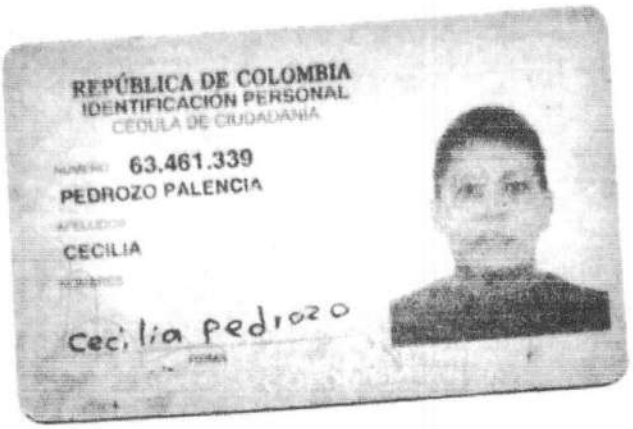
Cecilia Pedrozo

CC 63461339

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

minerva

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 63.461.339
PEDROZO PALENCIA

APELLIDOS
CECILIA

NOMBRES
Cecilia Pedrozo

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1971
EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-MAY-1991 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A 0130000-01025140-F-0063461339-20160726 0082D20686A 1 60075008

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

CECILIA PEDROZO PALENCIA

Con Cédula de Ciudadanía No. 63461339

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANIPULACION HIGIENICA DE ALIMENTOS.

con una duración de 12 horas

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

Firmado Digitalmente por

FERNANDO CANO GOMEZ
Subdirector
COMPLEJO TECNOLÓGICO MINERO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

102875082 - 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 95020033142937CC63461339C.

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
CECILIA PEDROZO PALENCIA
IDENTIFICACIÓN
63461339

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

Según diagnóstico físico y exámenes de laboratorio clinico

CERTIFICO QUE EL PORTADOR

Se encuentra sin restricción para manipuler alimentos

Para verificar información ver exámenes y certificación médica

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2025-02-08 15:00:31

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 **CECILIA PEDROZO VALENCIA** , Identificado con cédula de ciudadanía número 63.461.339 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

Powered by CamScanner

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 jueves 23 de enero de 2025, a las 09:12:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	63461339
Código de Verificación	63461339250123091237

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

COR

Powered by CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262477992

PIB
09 13 12
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) CECILIA PEDROZO PALENCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 63461339:

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 09:13:56 AM horas del 23/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **63461339**
Apellidos y Nombres: **PEDROZO PALENCIA CECILIA**

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 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
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.

Powered by CamScanner

Policia Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

Consultar por:

CEDULA DE CIUDADANIA

N° Identificación, Comparendo o Expediente:

63461339

Fecha Expedición:

31/05/1991

Nueva Busqueda | Validar Funcionario

Preguntas Frecuentes (https://srvcnpc.policia.gov.co/multimedia/formatos/PREGUNTAS_FRECUENTES_CNSCC_RNMC.pdf)

Imprimir

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/02/2025 03:23:13 p. m. **el ciudadano con la Cedula de Ciudadania: 63461339 de Nombre: PEDROZO PALENCIA CECILIA**

PRESENTA LOS SIGUIENTES REGISTROS:

Expediente	Formato	Id Infractor	Infractor	Id Custodio	Custodio	Nit	Razon Social	Id Representante	Repre
05-893-6-2020-149	05893000290	63461339	PEDROZO PALENCIA CECILIA			NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO REPORTADO	NO RE

Powered by CamScanner

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 63461339 **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 23/01/2025 09:27 AM

Código Verificación: **GY2KMVD8CB**

Válida hasta: **23/04/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Powered by CamScanner

savia SALUD EPS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Codigo Verificación: 3265968

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.

CERTIFICA QUE:

CECILIA PEDROZO PALENCIA, identificado con Cedula Ciudadania 63461339 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y N° de identificación:	Cedula Ciudadania 63461339
Nombres y apellidos:	CECILIA PEDROZO PALENCIA
Nivel de Sisben:	Nivel 2
Grupo Sisben:	
Fecha de afiliación:	2011-06-01
Ciudad:	YONDO
Régimen:	SUBSIDIADO
Estado de afiliacion:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	
Semanas de afiliación:	712

El presente documento fue generado el 2025-01-23 09:22:07, 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

GILADO jpersalud

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:

CECILIA PEDROZO PALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **63.461.339**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 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

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 %	
C63461339	PEDROZO PALENCIA CECILIA	27/01/2025	21/02/2025	2159VQ71	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 17:31:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Powered by CamScanner

23

cajasan
NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019792 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
63461339	CC	PEDROZO	PALENCIA	CECILIA	

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	26/10/1971

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	3224761057		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. 61-76, 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

Cecilia Pedrozo

Firma del Trabajador – C.C. No

VIGILADO Superintendencia Subsidio

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141157099759

(415)7707212489984(8020) 000014115709975 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
6 3 4 6 1 3 3 9	8	Impuestos de Medellín 1 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	63461339

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
PEDROZO	PALENCIA	CECILIA	

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 55 55 54 BRR PARAISO

42. Correo electrónico: ceciliapedrozo44@gmail.com

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

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
5 6 2 9	2 0 2 4 0 1 0 1						1 4 1 3	

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																								

- 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
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.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada.

964. Nombre: PEDROZO PALENCIA CECILIA

965. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 23-01-2025 11:28:51AM

Powered by CamScanner

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona PEDROZO PALENCIA,CECILIA identificado(a) con CC 63461339 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 168634285 desde el 05 de febrero de 2025, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 05 de febrero de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

Powered by CamScanner

23

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: CECILIA PEDROZO PALENCIA
Identificación: 63461339
Fecha de Nacimiento: Octubre 26 de 1971
Edad: 53
Cargo: MANIPULACION DE ALIMENTOS
EPS: SAVIASALUD EPS
Registro: 625511





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:	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

Firma del trabajador:

Cecilia Pedroz P

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

CECILIA PEDROZO PALENCIA
Documento No. 63461339

Powered by CamScanner

Hoja de vida



YORMARI VALENZUELA AGUDELO

Powered by CamScanner

Hoja de Vida

DATOS PERSONALES

NOMBRE: **YORMARY VALENZUELA AGUDELO**
CEDULA DE CIUDADANIA: **1.042.210.209**

FECHA DE NACIMIENTO: **24 ENERO 1986**

LUGAR DE NACIMIENTO: **YONDO ANTIOQUIA**

ESTADO CIVIL: **UNION LIBRE**
DIRECCION: REMOLINO PEÑAS BLANCAS

CELULAR: **3155468554**
3160703748

CIUDAD: **YONDO ANTIOQUIA**

EMAIL:

ESTUDIOS REALIZADOS

SECUNDARIA: CORPORACION DE SANTANDER CORSAR

Powered by CamScanner

EXPERIENCIA LABORAL

NOMBRE: ATINA ENERGY SERVICES
CARGO: OBRERO DE PATIO
JEFE INMEDIATO: CATHERINE MARTINEZ CASTILLO
DURACIÓN: 4 MESES
CELULAR: 6533590

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: JOE HUMBERTO PAEZ
OCUPACION: INDEPENDIENTE
CELULAR: 3112855755

NOMBRE: DEISY PATRICIA MENDEZ
OCUPACION: OFICIOS VARIOS
CELULAR: 3219439142

Powered by CamScanner

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE: ALBA AGUDELO
OCUPACION: OFICIOS VARIOS
CELULAR: 3157127117

NOMBRE: YULI VERGARA
OCUPACION: OFICIOS VARIOS
CELULAR: 3182650490

YORMARY VALENZUELA AGUDELO
CC 1042210209

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.042.210.209

VALENZUELA AGUDELO
APELLIDOS

YORMARY
NOMBRES

YORMARY VALENZUELA A.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1986
YONDO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-NOV-2004 YONDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0130000-14138124-F-1042210209-20050708 00790 05189A 03 171990033

Powered by CamScanner

La República De Colombia
Y en su Nombre

Corporación De Santander
CORSAN

Resolución de la Secretaria de Educación de Santander No. 18336 del 18 de Diciembre de 2000

Confiere El Título De

Bachiller Académico

A

Yormary Valenzuela Agudelo

C.C. No. 1.042.210.209 expedida en Yondo (Antioquia)

Quién cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos en el P.E.I.

En testimonio de ello se le otorga el presente

Diploma

Roberto Carlos Asis M.
Rector

SABIDURIA JUSTICIA
CIENCIA

Martha Lucia Anaya Gómez
Secretaria General

Este Diploma no requiere Registro en la Secretaria de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)

En la ciudad de Bucaramanga, a los 6 días del mes de Diciembre de 2013
Registrado al Folio 65 Libro 1 Diploma de Grado No. 01 - 174

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

YORMARY VALENZUELA AGUDELO

Con Cédula de Ciudadania No. 1042210209

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

FERNANDO CANO GOMEZ
Subdirector
COMPLEJO TECNOLÓGICO MINERO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

98516358 - 27/05/2024
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 950200297281900C1042210209C.

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
YORMARY VALENZUELA AGUDELO
IDENTIFICACIÓN
1042210209

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 12:01:54

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

Powered by CamScanner

FUNDACION BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora **YORMARI VALENZUELA AGUDELO** . Identificado con cédula de ciudadanía número 1.042.210.209 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

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 miércoles 22 de enero de 2025, a las 12:33:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1042210209
Código de Verificación	1042210209250122123330

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

Powered by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 262404451

PIB
12:31:18

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) YORMARY VALENZUELA AGUDELO identificado(a) con Cédula de ciudadania número 1042210209:

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 12:35:50 PM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1042210209**

Apellidos y Nombres: **VALENZUELA AGUDELO YORMARY**

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
3055 (Bogotá)
Resto del país: 01 8000 910 112
E-mail: dijin.atencionciudadano@policia.gov.co

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

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, 22/01/2025 12:39:39 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1042210209 .**

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. **108793142 .** 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

savia
SALUD EPS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Codigo Verificación: 3263723

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.

CERTIFICA QUE:

YORMARY VALENZUELA AGUDELO, identificado con Cedula Ciudadania 1042210209 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y N° de identificación:	Cedula Ciudadania 1042210209
Nombres y apellidos:	YORMARY VALENZUELA AGUDELO
Nivel de Sisben:	No Aplica
Grupo Sisben:	
Fecha de afiliación:	2015-10-01
Ciudad:	YONDO
Régimen:	SUBSIDIADO
Estado de afiliacion:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	
Semanas de afiliación:	485

El presente documento fue generado el 2025-01-22 12:41:13, 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

ILADO
ersalud

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

Nit 800.2[illegible]

CERTIFICA QUE:

YORMARY VALENZUELA AGUDELO, identificado(a) con cédula de ciudadania **1.042.210.209**, 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 lograria recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Powered by CamScanner

24

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

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1042210209	VALENZUELA AGUDELO YORMARY	27/01/2025	21/02/2025	23921020	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:C10422113062502940786

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.

GILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

24

cajasan
NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019794 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
1042210209	CC	VALENZUELA	AGUDELO	YORMARI	

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	24/01/1986

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	3160703748		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

+Yormari Valenzuela A

Firma del Trabajador – C.C. No

HILADO Superintendencia del Subsidio

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141046803278

(415)7707212489984(8020) 000014104680327 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 2 2 1 0 2 0 9	7	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1042210209	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALENZUELA	AGUDELO	YORMARY	

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 61 51 63 BRR VEINTICINCO DE ENERO

42. Correo electrónico	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
yormarivalenzuela@gmail.com	3 1 5 5 4 6 8 5 5 4	

43. Código postal

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
8 1 3 0	2 0 2 4 0 6 1 7							

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				
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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios 0 61. Fecha 2024 - 06 - 17 / 11 . 21 41

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

Yormari C.A 1042210209

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre MOREIRA BOLIVAR ANGEL CARIME

985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF 17-06-2024 11:22:18AM

DOCUMENTO SIN VALIDEZ

Powered by CamScanner

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: VALENZUELA AGUDELO YORMARY, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1042210209 de YONDO, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-139-40-03283-3, fecha de apertura: 02/27/2015.

Se expide en YONDO, a los veinte y dos (22) días del mes de enero de 2025, con destino a: QUIEN INTERESES



DIRECTOR (A) OFICINA

Powered by CamScanner

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: YORMARY VALENZUELA AGUDELO
Identificación: 1042210209
Fecha de Nacimiento: Enero 24 de 1986
Edad: 39
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: SAVIASALUD EPS
Registro: 624332





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, 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

COPROLOGICO	GLICEMIA PRE	PROTIS 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:

Yormary Valenzuela A

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

YORMARY VALENZUELA AGUDELO
Documento No: 1042210209

Powered by CamScanner

Hoja de vida



LEYDI PAOLA VALENZUELA AGUDELO

DATOS PERSONALES

NOMBRE: LEYDY PAOLA
APELLIDOS: VALENZUELA AGUDELO
CEDULA DE CIUDADANIA: 1.042.211.321
FECHA DE NACIMIENTO:29/11/1988
LUGAR DE NACIMIENTO: BARRANCABERMEJA/SANTANDER
ESTADO CIVIL: CASADA
DIRECCION: VEREDA CAÑO DON JUAN
CELULAR: 3185648478
CIUDAD: YONDO ANTIOQUIA

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA Y SECUNDARIA: LUIS EDUARDO DIAZ (YONDO ANTIOQUIA)
11°

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: ADELAIDA SANCHEZ
OCUPACION: AMA DE CASA
CELULAR: 3172852538

NOMBRE: FERNANDO VERGARA
OCUPACION: INDEPENDIENTE
CELULAR: 3163372131

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE: ALBA AGUDELO
OCUPACION: MODISTA
CELULAR: 3157127117

NOMBRE: HORACIO VALENZUELA AGUDELO
OCUPACION: BARBERO
CELULAR: 3203856260

leidi paola Valenzuela Agudelo

LEYDI PAOLA VALENZUELA AGUDELO
CC:1.042.211.321

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.042.211.321
NUMERO

VALENZUELA AGUDELO
APELLIDOS

LEYDI PAOLA
NOMBRES

Leidy Paola Valenzuela
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-NOV-1988
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
AB+ G S RH
F SEXO

20-FEB-2007 YONDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-0130000-14159991-F-1042211321-20070703 02667 07184A 02 218205385

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LEYDI PAOLA VALENZUELA AGUDELO

Con Cédula de Ciudadanía No. 1042211321

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) días del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



FERNANDO CANO GOMEZ
Subdirector
COMPLEJO TECNOLÓGICO MINERO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

98516546 - 27/05/2024
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 9502002972819CC1042211321C.

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
LEIDY PAOLA VALENZUELA AGUDELO
IDENTIFICACIÓN
1042211321

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 07:43:43

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

REGIONAL ANTIOQUIA

EL COMPLEJO TECNOLÓGICO MINERO AGROEMPRESARIAL

CERTIFICA

Que LEYDI PAOLA VALENZUELA AGUDELO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1042211321 de Yondó, realizó y aprobó el curso de HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS con una intensidad horaria de Veinte (20) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide 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

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 950204029728 19CC1042211321E

FUNDACION BIOINTEGRAL

CERTIFICA

Que la señora LEIDY PAOLA VALENZUELA AGUDELO, Identificado con cédula de ciudadanía número 1042211321, 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

CERTIFICA

Que la señora **LEIDY PAOLA VALENZUELA AGUDELO,** Identificado con cédula de ciudadanía número 1.042.211.321 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 12:55:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1042211321
Código de Verificación	1042211321250122125506

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. 262406129

PIB
13.01.09
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) LEYDI PAOLA VALENZUELA AGUDELO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1042211321

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:57:33 PM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1042211321**

Apellidos y Nombres: **VALENZUELA AGUDELO LEYDI PAOLA**

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.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Policia 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 01:00:39 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1042211321 .**

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. **108794898** . 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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa

1042251321,

VALENZUELA AGUDELO LUIS ESPAÑA

NO REGISTRA INHABILIDAD

Alcaldía de Yondó 890984265-6

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) LEYDI PAOLA VALENZUELA AGUDELO identificado(a) con CC 1042211321 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/10/2023

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: FORPRESALUD I.P.S. S.A.S-BARRANCABERMEJA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes 1 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente.

Gerencia de Afiliaciones

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 **LEYDI PAOLA VALENZUELA AGUDELO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1042211321,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2023** 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.

25

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

Numero 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 %	
C1042211321	VALENZUELA AGUDELO LEIDY PAOLA	27/01/2025	21/02/2025	p213S141	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/01/2025 17:36:03 .
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, 198.143.37.30, 172.16.42.57

75

cajasan
NIT 890.200.108-1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250016795 FECHA 29/01/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Numero personas a cargo: 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

CM-GM-SUB-F005 Version 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
900697067	NI	FUNDACION BIONTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1042211321	CC	VALENZUELA	AGUDELO	LEIDY	PAOLA

ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR	DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO
Información no disponible	F	RESIDE EN EL EXTERIOR: NO PAIS: Colombia	CLL 47 N 24-27		YONDÓ - ANTIOQUIA	YONDÓ - ANTIOQUIA	29/11/1966

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	3185919489		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.co que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento por estar en ello consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico protecciondatos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000472021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com.co, 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 abstenerme 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.

Heidipaola Valenzuela Agudelo

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: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141157029503

(415)7707212489984(8020) 000014115702950 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional / Impuestos de Medellín	18. Buzón electrónico
1042211321	9	11	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1042211321	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Antioquia 05	Yondó 893

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALENZUELA	AGUDELO	LEYDI	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sig.

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: VRD caño don juan

42. Correo electrónico: leidipaola29@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3185648478	

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
1064	2022-04-19	5629	2024-03-01				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

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

70. Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: VALENZUELA AGUDELO LEYDI PAOLA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 23-01-2025 09:13:31AM

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el compo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: VALENZUELA AGUDELO LEYDI PAOLA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1042211321 de YONDO, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-139-40-04781-4, fecha de apertura: 10/26/2018.

Se expide en YONDO, a los veinte y tres (23) días del mes de enero de 2025, con destino a: QUIEN INTERESE

Banco Agrario de Colombia
Of. Yondo - Ant

DIRECTOR(A) OFICINA

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

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

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen: PRE INGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: LEIBY PAOLA VALENZUELA AGUDELO
Identificacion: 1047211321
Fecha de Nacimiento: Noviembre 29 de 1988
Edad: 36
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: NUEVA EPS S.A.
Registro: 624331





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

Firma del trabajador:

Leyd. Paola Valenzuela

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

LEIBY PAOLA VALENZUEA AGUDELO
Documento No: 1047211321

minerva
10-03

www.formasminerva.com

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 23 | 01 | 2025 — Empleo o cargo al que aspira: ma

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellidos del aspirante: martinez Tamayo
Nombre(s) del aspirante: Leidy Johana
Fecha de nacimiento: 07 | 05 | 1995
Lugar de nacimiento: Yondo - casabe Antioquia
Dirección domicilio: Barrio: Vereda la Orquidia
Ciudad: Yondo
Teléfono: 3176927748
N°. Celular: 3176927748
Correo electrónico: martinesLeidy04@gmail.com
Nacionalidad: Colombiana

FOTOGRAFIA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

Profesión, ocupación u oficio: ama de casa
(*) Estado civil: unión libre
Años de experiencia laboral:

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

Cedula de ciudadanía [X] No.
Extranjería [ ] Expedida en:
(**) 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

asta tercero de bachiller
aprendo muy rapido

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]
¿En que empresa?
Empleado [ ] Independiente [ ]
Tipo de contrato:

¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]
¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]
Fecha: d | m | a
¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ]
Nombre:
Dependencia:

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

¿Como tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cual?

Acepta trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]
Vive en casa ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [X] ¿Arrendada? [ ]
Nombre del arrendador:
Teléfono:
¿Hace cuanto 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? $

¿Por qué conceptos?
¿Cuánto es su aspiración salarial? $

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

¿Alguna vez ha obtenido 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

Rev. 05-2019

Powered by CamScanner

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o): Johny Yepes	Profesión, ocupación u oficio: independiente	Empresa donde trabaja:	
Cargo que ocupa:	Dirección: vereda la orquidia	Teléfono: 3176927148	Ciudad: Yondo
No. de personas que dependen económicamente de usted: 4	Parentesco: hijos		Edades: 29-12-5-3
Nombre(s) padre: Reinaldo Yepes	Profesión, ocupación u oficio: independiente		Teléfono(s):
Nombre(s) hermano(s): paola martinez	Profesión, ocupación u oficio: independiente		Teléfono(s):

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria			Primaria	vereda Caño Bodegas	Yondo
Bachillerato Académico X Técnico Comercial Otro		8=		vereda la ponta	Yondo
Educacion 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	1	R	B	MB	3	R	B	MB			
¿Qué 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 documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

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

Powered by CamScanner

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 ☐ ¿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	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 ☐ ¿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				
1.	Nombre	Ocupacion	Direccion	Telefono
2.	Nombre	Ocupacion	Direccion	Telefono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupacion	Direccion	Telefono
2.	Nombre	Ocupacion	Direccion	Telefono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción 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 mí en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	X Leidy Martinez C.C. 1042213439

minerva

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.042.213.439
MARTINEZ TAMAYO
APELLIDOS
LEIDY JOHANA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1995
YONDO-CASABE
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-JUN-2013 YONDO-CASABE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0130000-00461388-F-1042213439-20130828 0034602297A 1 40365066

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: LEIDY JOHANA MARTINEZ TAMAYO

C.C: 1.042.213.439

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
LEIDY JOHANA MARTINEZ TAMAYO
IDENTIFICACIÓN
1042213439

Este certificado es válido por un periodo de 12 meses aparte 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 12:07:28

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

Powered by CamScanner

FUNDACION BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora **LEIDY JOHANA MARTINEZ TAMAYO,** Identificado con cédula de ciudadanía número 1.042.213.439 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

Powered by CamScanner

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 viernes 24 de enero de 2025, a las 14:45:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1042213439
Código de Verificación	1042213439250124144550

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

Powered by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262621236

PIB
14:43:03
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 24 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) LEIDY JOHANA MARTINEZ TAMAYO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1042213439

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 02:44:54 PM horas del 24/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1042213439**
Apellidos y Nombres: **MARTINEZ TAMAYO LEIDY JOHANA**

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.araic-atc@policia.gov.co

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

Powered by CamScanner

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/01/2025 02:47:47 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1042213439 .**

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. **108994573** . 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

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	1042213439
NOMBRES	LEIDY JOHANA
APELLIDOS	MARTINEZ TAMAYO
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	08/01/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 01/24/2025 14:54:27 **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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condicion de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LEIDY JOHANA MARTINEZ TAMAYO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.042.213.439,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 13 de Febrero 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.

Powered by CamScanner

Fondo de Pensiones Obligatorias

porvenir

Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800 144 331-3

Nº 23685977

23685977

26

44010405 | Ciudad: Barrancabermeja | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2 02501 27

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con una X si el solicitante va a cotizar por primera vez, y no ha estado afiliado nunca a una Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) o Caja de Previsión Social y desea vincularse a Porvenir Pensiones Obligatorias: X

Traslado de Fondos de Pensiones (AFP)
(Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias
Entidad de Origen: ____ Pensión Familiar: ____
Entidad de Destino: ____

Traslado de Régimen
Marque con una X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones, o caja de Previsión Social, durante más de 5 años, y desea vincularse a Porvenir.
Entidad Origen: ____ Pensión Familiar: ____
Entidad Destino: ____

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: CC X TI CE PAS RC CD PT
Nº de Documento de Identidad: 1042213439
Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 2013 06 04
Lugar de Expedición: Yondo
Género: M F X MB T
Es Pensionado (Jubilado): SI NO X
Primer Apellido: Martinez
Segundo Apellido: Tamayo
Primer Nombre: Ceidy
Otros Nombres: Johana
Fecha de Nacimiento: 1995 05 07
Lugar de Nacimiento: Yondo
Nacionalidad: Colombiana X Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Vereda la Soledad
Barrio: la Soledad
Ciudad/Municipio: Barrancabermeja
Departamento: Santander
Nº de Teléfono Fijo:
Nº de Teléfono Celular: 3176927148
Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI X NO
Dirección de Correo Electrónico (e-mail):

Dirección Laboral: Via 20 # 54-77
Ciudad: Barrancabermeja
Departamento: Santander
Nº de Teléfono:

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Trabajador: Dependiente X Independiente Contratista Independiente Voluntario
Ocupación o Cargo Actual: Auxiliar Manipuladora
Salario o Ingreso Mensual: $ 1'423'500
Tipo de Documento: NIT X CC CE PAS TI PT
Nº de Documento de Identidad: 900978067
Nombre y/o Razón Social: Fundacion Biointegral
Ciudad: Barrancabermeja
Dirección Empleador: Via 20 # 54-77
Departamento: Santander
Teléfono(s):
Envío de Notificación / Sucursal Principal / Sucursal Ciudad X

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				

Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido "Los beneficiarios relacionados serán válidos de acuerdo con las normas legales vigentes"

6. Bono Pensional

El Bono Pensional representa el valor de las cotizaciones realizadas con anterioridad a su afiliación al Régimen de Ahorro Individual, a entidades como Colpensiones (antes Instituto de seguros sociales. Siempre y cuando haya cotizado un mínimo de 150 semanas), y/o cajas o fondos de previsión del sector público, privado, y empleadores que asuman su propio pasivo Pensional. Por favor indique en la siguiente casilla, si usted cumple alguna de las condiciones aquí descritas. SI___NO___ Entidad a la cual realizó sus cotizaciones para pensión: _____

7. Síntesis de la asesoría recibida en el proceso de afiliación y que se encuentra contenida al respaldo del presente formulario de vinculación.

Manifiesto que de manera previa al diligenciamiento de este formulario, fui asesorado (a) de forma clara, oportuna y adecuada, en relación con: i) Los requisitos de mi afiliación al fondo de pensiones obligatorias administrado por Porvenir S.A. ii) Características y diferencias entre cada uno de los régimen pensionales, iii) Requisitos de acceso y forma de liquidación de las pensiones a cargo del Sistema General de Pensiones, iv) Información del programa de beneficios económicos periódicos, BEPS, v) Información del esquema Multifondos vi) Personas excluidas del Regimen de ahorro individual con solidaridad vii) Regímenes pensionales especiales y exceptuados viii) Términos mínimos de permanencia para trasladarme de fondo de pensiones ix) Términos mínimos de permanencia para traslado de régimen pensional x) Convenios internacionales de seguridad social xi) Características y cobertura del régimen de transición xii) Facultad y término para retractarme de esta afiliación

Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir S.A. conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de vinculación o traslado al régimen de ahorro individual.

- Anexo fotocopia de mi documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones le notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto. (Decreto 1813 de 2020)

9. Espacio reservado para el empleador

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

10. Voluntad de Selección y Afiliación

Hago constar que la selección del Régimen de Ahorro Individual la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PORVENIR S.A. para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

Con la firma de este formulario expreso mi consentimiento informado en la afiliación al fondo de pensiones obligatorias PORVENIR S.A.

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

ESPACIO PARA HUELLA

Uso exclusivo Administradora

Nombre del Promotor: Delia Cortes
No. de Identificación del Promotor: 91184764
Firma del Promotor:

Firma autorizada del Representante Legal

HOV 24 F-01-AF-CR-01 V 8.0

Para información o curso del diligenciamiento del formulario escanee el código QR

Nº 23685977

Porvenir Pensiones Obligatorias

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellin, 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 %	
C1042213439	MARTINEZ TAMAYO LEIDY JOHANA	27/01/2025	21/02/2025	26232158	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 17:39:03 .
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, 198.143.37.30, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

cajasan
NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019827 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
1042213439	CC	MARTINEZ	TAMAYO	LEIDY	JOHANA

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	07/05/1995

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	3176927148		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.

Leidy Martinez

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

76

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 141158719474

(415)7707212489984(8020) 000014115871947 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1042213439 | 6. DV: 8

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	1042213439

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Antioquia 05	Yondó 893

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	TAMAYO	LEIDY	JOHANA

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 LA SOLEDAD

42. Correo electrónico: martinesleidy04@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3176927148

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
48. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
1084	20250130						

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

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

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 [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

Leidy Martinez
1042213439

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: ROJAS FRANCO [illegible] JAIR

985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF 30-01-2025 12 20 02PM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

Powered by CamScanner

Banco de Bogotá

Nit 860 002 964 4
Calle 36 No 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LEIDY JOHANA MARTINEZ TAMAYO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.042.213.439 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 168633709, abierta/o desde el 31/1/2025, con saldo a la fecha de: $ 0

Se expide en Bogotá el día 11 del mes de Febrero del año 2025 con destino a: LEIDY JOHANA MARTINEZ TAMAYO

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Powered by CamScanner

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: LEIDY JOHANA MARTINEZ TAMAYO
Identificación: 1042213439
Fecha de Nacimiento: Mayo 07 de 1995
Edad: 29
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: SAVIASALUD EPS
Registro: 624305





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

Leidy Martinez

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

LEIDY JOHANA MARTINEZ TAMAYO
Documento No: 1042213439

Powered by CamScanner

minerva
10-03

ORIGINAL

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. 5 Convenio 111 OIT

Apellido(s) del aspirante: Morales Ramos	Nombre(s) del aspirante: Zurley Paola
Fecha de nacimiento: 02 11 1993	Lugar de nacimiento: Barrancabermeja (Santander)
Dirección domicilio / Barrio: Vrd. La Unión	Ciudad: Yondó
Teléfono:	N° Celular: 3227314214
Correo electrónico: Zurleypaola@gmail.com	Nacionalidad: Colombiana
Profesión, ocupación u oficio: Ama de Casa, Oficios Varios	(*) Estado civil: Unión Libre
Años de experiencia laboral: 10 años	

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

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

Cédula de ciudadanía [X] No. 1.193.097.000	(**) 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 caracterizan en su vida laboral

Realice estudios de basica primaria, me caracterizo por ser una persona organizada y con destresas para laborar

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [X] — Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X] — Nombre / Dependencia		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [ ] No [X]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿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? $ 600.000
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ Asignado
¿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)?			

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

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Edinson Camacho	Contratista	independiente

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
Contratista	Vrd. La Unión	3145005 50	Yondó

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
2	Hijas	13 y 15 años.

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Maritza Morales	Ama de casa	

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Dina Herrera Morales	Oficios Varios.	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2003	4	Ninguno		
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? 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 ☒	1.	R B MB	3	R B MB			
¿Qué programas maneja?	2	R B MB	4.	R B MB			
Idiomas Sí ☐ No ☒	1.	Escucha: R B MB	Lectura: R B MB	Escritura: R B MB	Habla: R B MB		
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Finca Los Angeles			

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Area del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
manipuladora de Alimentos		22/01/2023	12/12/2023	$	$

Funciones realizadas

Manipular Alimentos y realizar aseo

Nombre de su jefe inmediato	Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuanto 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

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Area del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	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	Fecha Retiro	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	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Mirian Sastre	Auxiliar Administrativo		3114384555
2.	Yaneth Avila	independiente		3214335068

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Milena Sastre A.	Seguridad Privada	Yondó (Ant).	322 3276622
2.	Dora Nelly Sastre	Asesora Comercial		314 3297560

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☒

Nota importante

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

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas o 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

Zuley Paola Morales R.
CC 1193097000

minerva

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

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

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 ☐ ¿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	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 ☐ ¿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	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Miriam Sastre	Auxiliar Administrativo		3214384555
2.	Yaneth Avila	independiente	Direccion	Telefono 3214335068

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Milena Sastre A.	Seguridad Privada	Yondó (Ant).	322 3276622
2.	Dora Nelly Sastre	Asesora Comercial	Dirección	Teléfono 314 329 7560

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☒

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acuda 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

Zuley Paola Morales R.
CC. 1193097000

minerva

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

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.193.097.000**

MORALES RAMOS

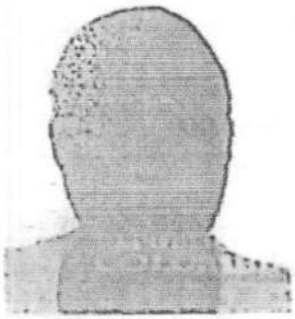
APELLIDOS

ZURLEY PAOLA

NOMBRES

zurley paola morales r

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-NOV-1993**

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-JUN-2012 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2701950-01290546-F-1193097000-20220413 0078778294A 1 8504362828

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ZURLEY PAOLA MORALES RAMOS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1193097000

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 veinte (20) días del mes de mayo de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

Fernando Cano

FERNANDO CANO GOMEZ
Subdirector
COMPLEJO TECNOLÓGICO MINERO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

98519703 - 20/05/2024
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 9502002972815CC1193097000C.

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

FUNDACION BIOINTEGRAL
TRANSFORMANDO VIDAS

CERTIFICA

Que la señora ZURLEY PAOLA MORALES RAMOS , Identificado con cédula de ciudadanía número 1.193.097.000 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

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 sábado 25 de enero de 2025, a las 10:17:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1193097000
Código de Verificación	119309700025012510 1705

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

Scanned with CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262666399

PIB
10.16.13
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 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) ZURLEY PAOLA MORALES RAMOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1193097000:

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.

Scanned with CamScanner

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 10:16:43 AM horas del 25/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1193097000**
Apellidos y Nombres: **MORALES RAMOS ZURLEY PAOLA**

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

Scanned with CamScanner

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, 25/01/2025 10:19:00 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1193097000** .

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. **109035876** . 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 Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General · Cra [illegible]
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención [illegible]

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

GOV.CO

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ZURLEY PAOLA MORALES RAMOS identificado(a) con CC 1193097000 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 20/03/2018

Estado de la Afiliación: Vigente

EPS: SUBSIDIADO-E.S.E. BARRANCABERMEJA

Categoría: SISBEN_1

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 25 días del mes 1 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

Fondo de Pensiones Obligatorias

porvenir

Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800 144 331-3

N° 23556077

23556077

Ciudad: Bamanca Bucaramanga | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2025/01/21

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con una X si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) o Caja de Previsión Social y desea vincularse a Porvenir
Pensiones Obligatorias: X

Traslado de Fondos de Pensiones (AFP)
(Permanencia mínima de 6 meses en esta AFP)
Pensiones Obligatorias | Pensión Familiar
Entidad de Origen
Entidad de Destino

Traslado de Régimen
Marque con una X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Empresas o Caja de Previsión Social durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir
Entidad Origen | Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Expedición del Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Género	Es Pensionado (Jubilado)
CC X TI CE PAS RC CD PT	1193097000			M F X NB T	SI NO X

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres
Moreno	Ramos	Curley	Paola

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad
1993/11/02		Colombiana X Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad/Municipio
		Yondo

Departamento	N° de Teléfono Fijo	N° de Teléfono Celular	Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular
Antioquia		3227314214	SI X NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail)

Dirección Laboral	Ciudad	Departamento	N° de Teléfono
	Bucaramanga	Santander	

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Trabajador	Dependiente X	Independiente Contratista	Independiente Voluntario	Ocupación o Cargo Actual	Salario o Ingreso Mensual
				Manipuladora Alimentos	$1423500

Tipo de Documento	N° de Documento de Identidad	Nombre o/o Razón Social
NIT X CC CE PAS TI PT	900978067	Fundacion Biointegral

Ciudad	Dirección Empleador	Departamento	Teléfono(s)
Bucaramanga		Santander	

Envío de Notificación | Sucursal Principal | Sucursal Ciudad X

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				

"Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido" "Los beneficiarios relacionados serán validos de acuerdo con las normas legales vigentes".

6. Bono Pensional

El Bono Pensional representa el valor de las cotizaciones realizadas con anterioridad a su afiliación al Régimen de Ahorro Individual, a entidades como Colpensiones (antes Instituto de seguros sociales. Siempre y cuando haya cotizado un mínimo de 150 semanas), o/o cajas o fondos de previsión del sector público, privado, y empleadores que asumían su pasivo Pensional.
Por favor indique en la siguiente casilla, si usted cumple alguna de las condiciones aquí descritas SI___NO___ Entidad a la cual realizo sus cotizaciones para pensión _____

7. Síntesis de la asesoría recibida en el proceso de afiliación y que se encuentra contenida al respaldo del presente formulario de vinculación.

Manifiesto que de manera previa al diligenciamiento de este formulario, fui asesorado (a) de forma clara, oportuna y adecuada, en relación con: a) Los requisitos de mi afiliación al fondo de pensiones obligatorias administrado por Porvenir S.A. v) Características y diferencias entre cada uno de los regímenes pensionales, vi) Requisitos de acceso y forma de liquidación de las pensiones a cargo del Sistema General de Pensiones, vii) Información del programa de beneficios económicos pensionales (BEPS, viii) Información del esquema Multifondos viii) Pensiones excluidas del Régimen de Ahorro Individual con solidaridad ix) Regímenes pensionales especiales y exceptuados x) Términos mínimos de permanencia y para trasladarse de fondo de pensiones xi) Términos mínimos de permanencia para trasladarse de régimen pensional xii) Convenios internacionales de seguridad social xiii) Características y cobertura del régimen de transición xiv) Facultad y término para retractarme de esta afiliación.

Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir S.A. conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de vinculación o traslado al régimen de ahorro individual.

- Anexo fotocopia de mi documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones le notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer la facultad de retracto. (Decreto 1813 de 2020)

9. Espacio reservado para el empleador

"Declaro bajo juramento que los anteriormente del trabajador indicados en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

10. Voluntad de Selección y Afiliación

Hago constar que la selección del Régimen de Ahorro Individual la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PORVENIR S.A. para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

Con la firma de este formulario expreso mi consentimiento informado en la afiliación al fondo de pensiones obligatorias PORVENIR S.A.

ESPACIO PARA HUELLA

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

11. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor

No. de identificación del Promotor

Firma del Promotor

Firma autorizada del representante Legal

AGO 23 F-01-AF CR-01 V 5.0

Para información o cerca del diligenciamiento del formulario escanee el código QR

N° 23556077

Porvenir Pensiones Obligatorias

Powered by CamScanner

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
C1193097000	MORALES RAMOS ZURLEY PAOLA	27/01/2025	21/02/2025	D2020u16	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 asterscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.50.73, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

cajasan
NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019828 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
1193097000	CC	MORALES	RAMOS	ZURLEY	PAOLA

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	02/11/1993

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	3227314214		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
				CAJA7		

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.

Zurley Paola Morales Ramos

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: 141159104418

(415)7707212409984(8020) 000014115910441 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1193097000	9	Impuestos de Medellín	1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1193097000

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
MORALES	RAMOS	ZURLEY	PAOLA

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 LA UNION

42. Correo electrónico: zurleypaola@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3227314214	

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	2018,01,08						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 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 [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

1193097000
Zurley Paola Morales Ramos

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: MOREIRA BOLIVAR ANGEL CARIME

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 31-01-2025 03:22:01P

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Powered by CamScanner

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: ZURLEY PAOLA MORALES RAMOS
Identificación: 1193097000
Fecha de Nacimiento: Noviembre 02 de 1993
Edad: 31
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: NUEVA EPS S.A.
Registro: 624310





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:	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:

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

Firma del trabajador:

Zurley Paola M.R

ZURLEY PAOLA MORALES RAMOS
Documento No. 1193097000

Powered by CamScanner

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
Pelaez	Manteio	Esperanza

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAS ○ No. 24716721 — SEXO: F ● M ○ — NACIONALIDAD: COL ● EXTRANJERO ○ — PAÍS: Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 12 MES 01 AÑO 1983

PAÍS: Colombia

DEPTO: Caldas.

MUNICIPIO: Caldas Dorado

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Verda la laguna Mpio Antioquia

PAÍS: Colombia DEPTO: _____

MUNICIPIO: Yondo

TELÉFONO: 3144614305 EMAIL: ledyPelaez19@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA						SECUNDARIA			MEDIA	TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA										FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 21 AÑO 2012
									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

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
Español									

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 - enero - 2025

Esperanza Pérez Montoya

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
24716721

NUMERO

PELAEZ MONTERO

APELLIDOS

ESPERANZA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1983

LA DORADA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

21-MAR-2001 LA DORADA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NA
IVAN DUQUE ESC

INDICE DERECHO

Instituto Suramericano Simón Bolívar

Resolución 2213 del 17 de Diciembre 2004

Acta de Grado No. 168

En la ciudad de **BUCARAMANGA** a los 21 días del mes de octubre del año 2012 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rectora y Secretaria General en la rectoría del **INSTITUTO SURAMERICANO "SIMON BOLIVAR"** Institución en el nivel de Educación Media **ACADEMICA y AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL** para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **ACADEMICA SEGUN RESOLUCION No. 2213 DEL 17 DE DICIEMBRE DE 2004.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media **ACADEMICA**, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

Esperanza Pelaez Montero

24.716.721 de La Dorada

Es fiel copia tomada del acta general No. 168 de la fecha octubre de 2012 Dia 21 que consta de 92 estudiantes y que comienza con el nombre de Amaya Galvis Magdalena y se cierra con el nombre de Villamizar Galvez Sandra P.

Firmada y sellada por **LUZ STELLA VALLEJO ARANDA** Rectora y Secretaria General

Dada en **BUCARAMANGA**, el 21 de octubre del año 2012

Firmado y Sellado

LUZ STELLA VALLEJO ARANDA
Rectora

Secretaria General

Diploma No. 27

La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto Suramericano
"Simon Bolivar"

Bucaramanga - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaria de Educación Municipal según
Resolución No. 2213 del 17 de Diciembre de 2004

Confiere a

Esperanza Pelaez Montero

Identificado (a) con C.C. No. 24.716.721 Expedida en La Dorada

El Título de

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Academica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

Instituto Suramericano
Simón Bolivar

Luz Stella Vallejo Aranda
Rectora

Secretaria General

Anotado en el control interno del plantel en el Libro No. 002 Folio No. 169 Diploma No. 27

Dado en Bucaramanga, a 21 de Octubre del año 2012

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ESPERANZA PELAEZ MONTERO

Con Cédula de Ciudadanía No. 24716721

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 veintidós (22) días del mes de noviembre de dos mil veinticuatro (20

Firmado Digitalmente por

FERNANDO CANO GOMEZ
Subdirector
COMPLEJO TECNOLÓGICO MINERO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

102396229 - 22/11/2024
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 950200311226ICC24716721C.

79

CERTIFICACION DE
RECONOCIMIENTO
MEDICO PARA MANIPULADOR DE
ALIMENTOS

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

NOMBRES Y APELLIDOS
ESPERANZA PELAEZ MONTERO
IDENTIFICACIÓN
24716721

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

Segun diagnosticos, fisicos y resultados de laboratorios clinicos

CERTIFICO QUE EL PORTADOR

Se encuentra sin restricción para manipular alimentos

Para verificar información ver examenes y certificación medica

FECHA DE EXPEDICIÓN 2025-02-01 07:32:18

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

FUNDACION BIOINTEGRAL

CERTIFICA

Que la señora ESPERANZA PELAEZ MONTERO , Identificado con cédula de ciudadanía número , 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 **ESPERANZA PELAEZ MONTERO**, Identificado con cédula de ciudadanía número 24.716.721 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 jueves 23 de enero de 2025, a las 16:06:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	24716721
Código de Verificación	24716721250123160614

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.

HERNAN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262536165

PIB
16:07:24
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) ESPERANZA PELAEZ MONTERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 24716721:

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 04:08:25 PM horas del 23/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **24716721**
Apellidos y Nombres: **PELAEZ MONTERO ESPERANZA**

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 Modelo, 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
515 8700 ext. 39552 (Bogotá)
Resto del país: 01 8000 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

Policia 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, 23/01/2025 04:14:04 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **24716721 .**

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. **108916726** . 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

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ESPERANZA PELAEZ MONTERO identificado(a) con CC 24716721 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 27/07/2018

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: SUBSIDIADO-E.S.E. BARRANCABERMEJA

Categoria: SISBEN_1

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 23 días del mes 1 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

porvenir

Fondo de Pensiones Obligatorias

Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. NIT 800 144 331-3

Nº 23556078

23556078

Ciudad: Bucaramanga | Fecha de Solicitud de Afiliación: 2025/01/27

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con una X si el solicitante va a estar por primera vez y no ha estado afiliado antes a una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) o Caja de Previsión Social y desea vincularse a Porvenir:
Pensiones Obligatorias: X

Traslado de Fondos de Pensiones (AFP)
(Pensionado o mínimo de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias | Pensión Familiar
Entidad de Origen:
Entidad de Destino:

Traslado de Régimen
Marque con una X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad adscrita al Colpensiones o Caja de Previsión Social durante más de 5 años, y desea vincularse a Porvenir
Entidad Origen | Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: CC X TI CE PAS RC CD PT
Nº de Documento de Identidad: 24716721
Fecha de Expedición del Documento de Identidad:
Lugar de Expedición:
Género: M F X NB T
Es Pensionado (Jubilado): SI NO X
Primer Apellido: Pelaez
Segundo Apellido: Montero
Primer Nombre: Esperanza
Otros Nombres:
Fecha de Nacimiento: 1983/01/12
Lugar de Nacimiento:
Nacionalidad: Colombiana X Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia:
Barrio:
Ciudad/Municipio: Yondo
Departamento: Santander
Nº de Teléfono Fijo:
Nº de Teléfono Celular: 3174761305
Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos: Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular: SI X NO
Dirección de Correo Electrónico (e-mail):
Dirección Laboral:
Ciudad: Bucaramanga
Departamento: Santander
Nº de Teléfono:

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Trabajador: Dependiente X | Independiente Contratista | Independiente Voluntario
Ocupación o Cargo Actual: Manipuladora Alimento
Salario o Ingreso Mensual: 1423500
Tipo de Documento: NIT X CC CE PAS TI PT
Nº de Documento de Identidad: 900978067
Nombre y/o Razón Social: Fundacion Bienestar
Dirección Empleador:
Departamento: Santander
Teléfono(s):
Ciudad: Bucaramanga
Envío de Notificación: Sucursal Principal | Sucursal Ciudad X

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco*
	M F				
	M F				

*Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido "Los beneficiarios relacionados serán válidos de acuerdo con las normas legales vigentes"

6. Bono Pensional

El Bono Pensional representa el valor de las cotizaciones realizadas con anterioridad a su afiliación al Régimen de Ahorro Individual a entidades como Colpensiones (antes Instituto de seguros sociales). Siempre y cuando haya cotizado un mínimo de 150 semanas) y/o cajas o fondos de previsión del sector público privado, y empleadores que asumían su propio pasivo Pensional.
Por favor indique en la siguiente casilla si usted cumple alguna de las condiciones aquí descritas: SI NO X Entidad a la cual realizó sus cotizaciones para pensión:

7. Síntesis de la asesoría recibida en el proceso de afiliación y que se encuentra contenida al respaldo del presente formulario de vinculación

Manifiesto que de manera previa al diligenciamiento de este formulario fui asesorado (a) de forma clara, oportuna y adecuada, en relación con: a) Los requisitos de afiliación al fondo de pensiones obligatorio administrado por Porvenir S.A. b) Características y diferencias entre cada uno de los regímenes pensionales. c) Requisitos de acceso y forma de liquidación de las pensiones al campo del Sistema General de Pensiones. d) Información del programa de beneficios económicos periódicos (BEPS). e) Información del esquema Multifondos. e) Personas excluidas del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad. e) Regímenes pensionales exceptuados. e) Tiempos mínimos de permanencia para trasladarme de fondo de pensiones. e) Términos mínimos de permanencia para trasladarme de régimen pensional. e) Términos mínimos de permanencia para trasladarme de régimen pensional. e) Términos mínimos de permanencia para trasladarme de régimen pensional. f) Edad y tiempo para reclamar la pensión de vejez. g) Características y cobertura del régimen de transición. a) Edad y tiempo para reclamar de esta afiliación.

Manifiesto que luego de haber recibido dicha asesoría amplia y suficiente sobre el Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir S.A. conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de vinculación o traslado al régimen de ahorro individual.

- Anexo fotocopia de mi documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro

8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones le notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto. (Decreto 1813 de 2020)

9. Espacio reservado para el empleador

"Dirijo(o) bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

10. Voluntad de Selección y Afiliación

Hago constar que la selección del Régimen de Ahorro Individual la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PORVENIR S.A. para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

Con la firma de este formulario expreso mi consentimiento informado en la afiliación al fondo de pensiones obligatorias PORVENIR S.A.

HUELLA

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

11. Espacio para uso exclusivo

Nombre del Promotor:
No. de Identificación del Promotor:
Firma del Promotor:
Fecha administrativa del Representante Legal:

Para información y control del diligenciamiento del formulario escanee el código QR

Nº 23556078

ADO 23 F 01 AF CR 01 V 5.0

Porvenir Pensiones Obligatorias

79

ARL | sura

Medellin, 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 %	
C24716721	PELAEZ MONTERO ESPERANZA	27/01/2025	21/02/2025	p1331451	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 17:43:58 .
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, 198.143.37.30, 172.16.42.57

29

cajasan
NIT 890 206 106 1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019797 FECHA 29/01/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

Cód CA4-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
24716721	CC	PELAEZ	MONTERO	ESPERANZA	

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	12/01/1983

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	3144614305		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
				CAJA7		

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. 51-78, 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.

ESperanza pelaez montero

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 Superintendencia del Subsidio

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Concepto [0] [1] Inscripción

4. Número de formulario: 14945783475

(415)7707212489984(8020) 000001494578347 5

Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 4 7 1 6 7 2 1	3	Impuestos de Medellín	1 1

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar 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
ELAEZ	MONTERO	ESPERANZA	

35. Razón social

Nombre comercial | 37. Digito

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: RD LA CONDOR

42. Correo electrónico: pelaezleidy19@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 1 4 4 6 1 4 3 0 5 | 45. Teléfono 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
0 0 1 0 | 2 0 1 0 0 2 0 9					

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																									

35- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 3 | 61. Fecha: 2023 - 09 - 09 / 17 : 28: 05

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

Firma del solicitante:

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

984. Nombre: PELAEZ MONTERO ESPERANZA

985. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 23-09-2023 12:31:03PM

3923305409 1

Certificado
Bancario

Jueves, 30 de enero de 2025

Señores
A quien puede interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ESPERANZA PELAEZ MONTERO identificado(a) con CC 24716721 [illegible] se encuentra vinculado(a) con nosotros en los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
AHORROS	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Importante [illegible]

Bancolombia

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

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

29

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: ESPERANZA PELAEZ MONTERO
Identificación: 24716721
Fecha de Nacimiento: Enero 12 de 1983
Edad: 42
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: NUEVA EPS S.A
Registro: 624320





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:	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:	USO ESTRICTO DE GUANTES PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS, 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
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:

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

ESPERANZA PELAEZ MONTERO
Documento No. 24716721

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
Morales	Lopez	Rosa Adela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 21.950.185

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 24 MES 10 AÑO 1968

PAÍS Colombia

DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Remedios

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Vereda las Lomas

PAÍS Colombia DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Yondó

TELÉFONO 3155699408 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

IDIOMA	LO HABLA R	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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Restaurante ORO NEGRO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	Yondó	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 10 AÑO 2009	DÍA 01 MES 02 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Cocinera		

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		5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		5

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*_____

_____

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 21950185

MORALES LOPEZ
APELLIDOS

ROSA ADELA
NOMBRES

Rosa adela Morales lopez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1968
REMEDIOS
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-SEP-1991 YONDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-2701500-59099152-F-0021950185-20020401 00836 0207 N 02 110123546

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: ROSA ADELA MORALES LOPEZ

C.C: 21.950.185

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
ROSA ADELA MORALES LOPEZ
IDENTIFICACIÓN
21950185

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 08:22:36

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 **ROSA ADELA MORALES LOPEZ**, Identificado con cédula de ciudadanía número 21.950.185 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

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 lunes 27 de enero de 2025, a las 16:14:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	21950185
Código de Verificación	21950185250127161450

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

Powered by CamScanner

30

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 263144070

PIB
16:49:28
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 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) ROSA ADELA MORALES LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 21950185:

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 o 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

30

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:51:39 PM horas del 30/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **21950185**
Apellidos y Nombres: **MORALES LOPEZ ROSA ADELA**

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 Modelo 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.arae-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, 06/02/2025 04:31:03 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **21950185 .**

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. **109941609** . 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

37

savia SALUD EPS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Codigo Verificación: 3289864

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.

CERTIFICA QUE:

ROSA ADELA MORALES LOPEZ, identificado con Cedula Ciudadania 21950185 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y N° de identificación:	Cedula Ciudadania 21950185
Nombres y apellidos:	ROSA ADELA MORALES LOPEZ
Nivel de Sisben:	No Aplica
Grupo Sisben:	
Fecha de afiliación:	2014-02-25
Ciudad:	YONDO
Régimen:	SUBSIDIADO
Estado de afiliacion:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	
Semanas de afiliación:	570

El presente documento fue generado el 2025-01-31 14:39:36, 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

VIGILADO Supersalud

Powered by CamScanner

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 **ROSA ADELA MORALES LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **21950185,** se encuentra afiliado/a desde **10/10/1991** 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 06 de febrero de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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.

Powered by CamScanner

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 %
C21950185	MORALES LOPEZ ROSA ADELA	27/01/2025	21/02/2025	L191s12e	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/01/2025 17:46:34 .
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, 198.143.37.30, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

30

cajasan
NIT 890.203.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019708 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
21950185	CC	MORALES	LOPEZ	ROSA	ADELA

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	24/10/1968

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	3155699408		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
				CAJA7		

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.

Rosa adela morales lopez

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN la 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 [0][1] Inscripción

4. Número de formulario: 141160408087

(415)7707212489984(8020) 000014116040808 7

30

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 1 9 5 0 1 8 5	6	Impuestos de Medellín 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	21950185	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORALES	LOPEZ	ROSA	ADELA

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 LAS LOMAS

42. Correo electrónico: moralesrlopez19@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 5 6 9 9 4 0 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 2 0 2 1 0	8 2 9 9	2 0 2 2 0 2 1 0				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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: 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.

Rosa adela morales lopez

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada.

984. Nombre: ALARCON HERNANDEZ IVAN GABRIEL

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF 08-02-2025 03:39:40PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Powered by CamScanner

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: FUNDACIÓN BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: ROSA ADELA MORALES LOPEZ
Identificación: 21950185
Fecha de Nacimiento: Octubre 24 de 1968
Edad: 56
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: SAVIASALUD EPS
Registro: 624311





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	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:

Rosa adela morales lopez

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

ROSA ADELA MORALES LOPEZ
Documento No: 21950185

Powered by CamScanner

minerva
10-03

www.formasminerva.com

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. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Cuellos Marin	Alejandra
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
D 20 M 02 A 1996	Yolombo (Antioquia)
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Vereda No tengo pases	
Teléfono	**N°. Celular**
	3225079622
Correo electrónico	**Nacionalidad**
alejandracuellosmarin@gmail.com	Colombiana
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
Ama de Casa	Soltera

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

Años de experiencia laboral

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía [X]	No. 1017724077	(**) Libreta militar No.	Primera clase [ ]
Extranjería [ ]	Expedida en:	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

Estudio hasta el grado 5to de primaria, en el Cet la congoja del municipio de Yondó, he trabajado de pato y soga en vias y manipuladora de alimentos en todas ocupaciones.

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 [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [ ] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [X] ¿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? $ 1'600.000
¿Por qué conceptos? Arriendos, Salarios, Comida Transporte			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ 1'000.000
¿Cuál es su principal afición? Ser buena Madre	¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ]	¿Cuál(es)? Trotar	

¿Alguna vez ha obtenido 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.

Powered by CamScanner

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	2009	5	Básico Primario	Col la Congoja	Jondó
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnica ☐ Tecnológico ☐ Profesional ☐					
Posgrados					

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

¿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 ☒	1.	R B MB	3.	R B MB
¿Qué 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 documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Alimentos PAE	Cocinar	Palacio Municipal	

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Cocinera	Cocina	17 / 09 / 2020	22 / 11 / 2024	$ 700.000	$ 700.000

Funciones realizadas: Cocinar, aseo legal de trabajo

Nombre de su jefe inmediato: | Cargo: Representante legal

Logros obtenidos: Trabajo en equipo

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

Powered by CamScanner

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	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 ☐ ¿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.	Estrada Marin Nayi	Ama de casa	Vereda Los tapias	3156881730
2.				

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Julieth Bocilla Marin	Ama de Casa	Vereda la Playa	3214920715
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

Alejandra Rivillos M.

C.C.

minerva

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.129.724.077
RIVILLAS MARIN

APELLIDOS
ALEJANDRA

NOMBRES

Alejandra Rivillas.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1996
VEGACHI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-MAY-2015 SEGOVIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0125900-00719431-F-1129724077-20150703 0044702585A 1 44313010

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: ALEJANDRA RIVILLAS MARIN

C.C: 1.129.724.077

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

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 13 de agosto de 2024, a las 11:53:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1129724077
Código de Verificación	1129724077240813115346

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

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificacion: Cédula de cí

Número Identificación: 1129724077

¿Cual es el primer nombre de la persona a la cual esta expidiendo el certificado? 7

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) ALEJANDRA RIVILLAS MARIN Identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1129724077.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país
Fecha de consulta: Jueves, febrero 06, 2025 - Hora de consulta: 16:37:12

OTRAS ENTIDADES

Powered by CamScanner

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:05:49 PM horas del 13/08/2024, el ciudadano identificado con: Cédula de Ciudadanía Nº **1129724077** Apellidos y Nombres: **RIVILLAS MARIN ALEJANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el articulo 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.

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, 06/02/2025 04:38:04 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1129724077 .**

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. **109942724** . 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

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 :

[illegible]	[illegible]
TIPO DE IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	1129724077
NOMBRES	ALEJANDRA
APELLIDOS	RIVILLAS MARIN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	YONDO

Datos de afiliación :

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ACTIVO	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. "SAVIA SALUD EPS"	SUBSIDIADO	01/04/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de impresión: 08/13/2024 11:58:01 | Estación de origen: 2881 12 c800 2070 1

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

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 800 224 808-6

CERTIFICA QUE:

ALEJANDRA RIVILLAS MARIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.129.724.077**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Enero 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.

Powered by CamScanner

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 %	
C1129724077	RIVILLAS MARIN ALEJANDRA	27/01/2025	21/02/2025	64214237	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/01/2025 17:48:58 .
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, 198.143.37.30, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

cajasan
NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019799 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
1129724077	CC	RIVILLAS	MARIN	ALEJANDRA	

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	20/02/1996

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	3225077672		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. 61-76, 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.

Alejandra Rivilla M.

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

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: ALEJANDRA RIVILLAS MARIN
Identificación: 1129724077
Fecha de Nacimiento: Febrero 20 de 1996
Edad: 28
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: SAVIASALUD EPS
Registro: 624325





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:

Alejandra Rivillas M

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

ALEJANDRA RIVILLAS MARIN
Documento No. 1129724077

Powered by CamScanner

minerva
10-03

HOJA DE VIDA ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 22 / 01 / 2025

Empleo o cargo al que aspira:

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Pregunta opcional Ley 13 de 1972, Art. 8 Decreto 1171 de...

Apellido(s) del aspirante: Monsalve Sierra

Nombre(s) del aspirante: Ludi orquidia

Fecha de nacimiento: 18 / 04 / 1988

Lugar de nacimiento: Barranca Bermeja

Dirección domicilio / Barrio: OPV Las vegas

Ciudad: Yondo

Teléfono: 316 550 825

N°. Celular: 3161550825

Correo electrónico:

Nacionalidad: colombiana

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

Profesión, ocupación u oficio: ama de casa

(*) Estado civil: Unión libre

Años de experiencia laboral:

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: Sí NO / No

Expedida en: Barranca bermeja

(*) Libreta militar No.: NO

Distrito No.: NO

Primera clase: NO

Segunda clase: NO

Licencia de conducción No.: NO

Categoría: NO

Tarjeta profesional No.: NO

¿Tiene vehículo? Sí ☐ No NO

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí ☐ No NO

¿En qué empresa?

Empleada NO / Independiente NO

Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? Sí NO No ☐

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí ☐ No NO

Fecha: D / M / A

¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí ☐ No NO

Nombre:

Dependencia:

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí ☐ 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? Sí SI / No ☐

Vive en casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☐ ¿Arrendada? SI

Nombre del arrendador: Maria Helena Henao

Teléfono: 3143831399

¿Hace cuánto tiempo reside en esta ciudad? 2 AÑOS

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí ☐ No NO

Describalo e indique su valor mensual: NO

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 800.000

¿Por qué conceptos?

¿Cuánto es su aspiración salarial? $ 730.000

¿Cuál es su principal afición?

¿Practica algún deporte? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál(es)?

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

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

7 702124 007813

2

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañero(a)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Luis Ortiz	Oficios varios	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
1M de Pendiente	Barrio las vegas	3163492419	Yondo

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edad(es)
3	he hijos	18, 14 / 6. Años

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 ☐					
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 ☐ ¿Qué idioma(s) conoce?	1.	Escucha: R B MB	Lectura: R B MB	Escritura: R B MB	Habla: 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 ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE LA ULTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL

Nombre de la ultima o actual empresa	Actividad Económica	Direccion	Telefono(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 ☐ ¿Cuánto tiempo? Fija ☐ 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

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Area 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	Area 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.				
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.

Nota importante

Favor no tomar 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

Luis Morgalve Sierra
CC 1005181787

minerva

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.005.181.787**

MONSALVE SIERRA

APELLIDOS

LUDI ORQUIDEA

NOMBRES

- LUDI ORQUIDEA MS

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-1988**

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

26-JUL-2010 BARRANCABERMEJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2701900-00253133-F-1005181787-20100831 0023677773A 1

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: LUDI ORQUIDEA MONSALVE SIERRA

C.C: 1.005.181.787

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



32

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
LUDI ORQUDEA MONSALVE SIERRA
IDENTIFICACIÓN
1005181787

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

Segun diagnósticos fisicos y exámenes de laboratorio clinico
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 08:42:31

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

FUNDACION BIOINTEGRAL

CERTIFICA

Que la señora LUDI ORQUIDEA MONSALVE SIERRA, Identificado con cédula de ciudadanía número 1005181787, 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

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 14:06:29, el número de identificación relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL

Tipo Documento	Cedula de Ciudadania
No. Identificación	1005181787
Código de Verificación	1005181787250122149620

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.

En cumplimiento con el Decreto 2150 de 1995, y la Resolución 229 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO ZUBIA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Ejemplo 3618

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 262412688

P:8
14 07 08
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) LUDI ORQUIDEA MONSALVE SIERRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005181737

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 02:12:06 PM horas del 22/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía **Nº 1005181787**
Apellidos y Nombres: **MONSALVE SIERRA LUDI ORQUIDEA**

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: 5159759 ext
36952 (Bogotá)
Resto del país: 018000910112
E-mail: dijin.atencion@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
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 02:13:43 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1005181787 .**

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. **108801164** . 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

savia SALUD EPS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Codigo Verificación: 3263997

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.

CERTIFICA QUE:

LUDI ORQUIDEA MONSALVE SIERRA, identificado con Cedula Ciudadania 1005181787 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y N° de identificación:	Cedula Ciudadania 1005181787
Nombres y apellidos:	LUDI ORQUIDEA MONSALVE SIERRA
Nivel de Sisben:	*Nivel 1*
Grupo Sisben:	
Fecha de afiliación:	2023-01-02
Ciudad:	YONDO
Régimen:	CONTRIBUTIVO
Estado de afiliacion:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	
Semanas de afiliación:	107

El presente documento fue generado el 2025-01-22 14:15:08, 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

VIGILADO Supersalud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MONSALVE SIERRA LUDI ORQUIDEA** identificado(a) con **CC** número **1.005.181.787** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de diciembre de 2020 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 07 de febrero 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

32

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 %	
C1005181787	MONSALVE SIERRA LUDI ORQUIDEA	27/01/2025	21/02/2025	12722212	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/01/2025 17:53:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de reliro.

Dirección IP: 190.60.50.73, 198.143.37.30, 172.16.42.57

32

cajasan

NIT 890.230.108.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE 20250019500 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
900970067	NI	FUNDACION BIONTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
1005181787	CC	MOSALVE	SIERRA	LUDI	ORQUIDEA

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	18/04/1998

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
recursohumanosconexx@gmail.com	recursohumanosconexx@gmail.com	6213121

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	3161550825		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 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 así ello 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 6180009720021 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.

Ludi Mosalve Sierra.

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.

Copia Cliente

32

DIAN | Formulario del Registro Unico Tributario | 001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141160695720

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1005181787 | 6. DV: 2

IDENTIFICACIÓN

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

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía: 13 | 1005181787

26. Lugar de expedición: COLOMBIA | 27. País: 169 | 28. Departamento: 68 | 29. Ciudad/Municipio: Bucaramanga: 081

31. Primer apellido: MONSALVE | 32. Segundo apellido: SIERRA | 33. Primer nombre: LUDI | 34. Otros nombres: ORQUIDEA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla

UBICACIÓN

39. País: COLOMBIA 169 | 40. Departamento: Antioquia 05 | 41. Ciudad/Municipio: Yarumo 893

42. Dirección principal: VDA X DIEZ

43. Correo electrónico: robinsonpadilla1227@gmail.com | 44. Teléfono 1: 3104101

45. Código postal:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividades	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código	52. Número inscripción
8299	2012/09/19	6129	2012/09/19			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

59. No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

55. Tipo | 56. Tipo | Semana: 1 2 3

57. Mixto

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.

60. Inhabilitado: SI [ ] NO [X]

Para uso exclusivo de la DIAN

60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), dispuesto en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, tiene el carácter de declaración bajo la gravedad del juramento. El artículo 15 del Decreto 2150 de 1995 establece que quien suministre información falsa o errónea para ser incluida en un registro público incurrirá en multa de hasta 100 salarios mínimos mensuales vigentes, sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar. Fundamento legal artículo 555-2 del Estatuto Tributario, artículo 15 del Decreto 2150 de 1995. De igual manera el formulario se tendrá en cuenta para la aplicación de la Ley 1581 de 2012 sobre tratamiento de datos personales.

Firma del solicitante

Espacio reservado para la DIAN

Fecha

Nombre: MONSALVE SIERRA LUDI ORQUIDEA

Cargo: CONTRIBUYENTE

RVO IPS SAS
CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

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

32

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: LUDI ORQUIDEA MONSALVE SIERRA
Identificación: 1005181787
Fecha de Nacimiento: Abril 18 de 1988
Edad: 36
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: SAVIASALUD EPS
Registro: 624307





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:

MEDICO ESPECIALISTA EN SST
Nombre: MONICA INES VILLAREAL
Documento: 55234329
Registro Médico: 1319033
Licencia SST: 0033480

LUDI ORQUIDEA MONSALVE SIERRA
Documento No. 1005181787

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD DE CERTIFICACIÓN

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Perez	Castro	Yoenis

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
CC (X) CE ( ) PAS ( ) No. 1.005.181.609	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS:

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA: DÍA 17 MES 03 AÑO 2000	Vereda Puerto Matilde
PAÍS: Colombia	PAÍS: Colombia DEPTO: Antioquia
DEPTO: Santander	MUNICIPIO: Yondó
MUNICIPIO: Barrancabermeja	TELÉFONO: EMAIL:

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TÍTULO OBTENIDO: Básica primaria
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o	2o	3o	4o	5X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2009

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

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	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

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 UNICO

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 NUMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
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 (Y) 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*_____

_____

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

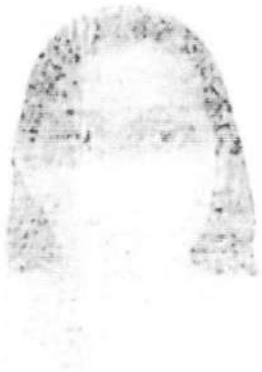
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.005.184.609
PEREZ CASTRO

APELLIDOS
YOENIS

NOMBRES

YOENIS STEVEN PEREZ CASTRO



17-MAR 2000

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)

1.59 B+

30-MAY-2018 SAN PABLO

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: YOENIS PEREZ CASTRO

C.C: 1.005.184.609

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
YOENIS PEREZ CASTRO
IDENTIFICACIÓN
1005184609

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 08:13:25

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

FUNDACION
BIOINTEGRAL

CERTIFICA

Que la señora YOENIS PEREZ CASTRO , Identificado con cédula de ciudadanía número 1.005.184.609 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 REPUBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletin de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 17 de febrero de 2025, a las 11:54:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1005184609
Código de Verificación	100518460925021711 5450

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. 264599082

Pin
11 55 06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC. 17 de febrero 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) YOENIS PEREZ CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005184609,

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 o 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 04:57:29 PM horas del 06/02/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1005184609**
Apellidos y Nombres: **PEREZ CASTRO YOENIS**

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, 06/02/2025 04:52:34 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1005184609 .**

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. **109945080** . 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

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) YOENIS PEREZ CASTRO *identificado(a) con CC 1005184609 se* encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/10/2024

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SUBSIDIADO-ESE HOSPITAL LOCAL SAN PABLO**

Categoria: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 17 días del mes 2 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Powered by CamScanner

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 %	
C1005184609	PEREZ CASTRO YOENIS	27/01/2025	21/02/2025	223207Wv	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 18:19:21 .
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, 198.143.37.30, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cajasan

NIT 890.206.106-1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE 20250020100 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
1001184609	CC	PEREZ	CASTRO	YOENIS	

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	17/03/2000

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
APLICADORA	MANIPULADORA	1423500	3235297804		27/01/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
SECUNDARIA ACADEMICA	Unión libre	Casa	Propia

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.

XYOENIS Perez CASTRO

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

33

Ciudad y fecha: Barrancabermeja Febrero 01 de 2025
Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Empresa: FUNDACION BIOINTEGRAL TRANSFORMANDO VIDAS
Plan: SALUD LABORAL
Nombre: YOENIS PEREZ CASTRO
Identificación: 1005184609
Fecha de Nacimiento: Marzo 17 de 2000
Edad: 24
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: NUEVA EPS S.A
Registro: 624288





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:

YOENIS PEREZ CASTRO

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

YOENIS PEREZ CASTRO
Documento No. 1005184609

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
Montes	Beleño	Nerys del Carmen

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.096.201.658 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 15 MES 07 AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Santander

MUNICIPIO Barrancabermeja

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

V. Puerto nuevo #2

PAÍS Colombia DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Yondo

TELÉFONO 3107775285 EMAIL Nerysmontes15@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2007
									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
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 .

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 ◯ 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 _____

Nerys del Carmen Montes Beleño.

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

1.096.201.658

MONTES [illegible]EÑO

NERYS DEL [illegible]RMEN





FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1989
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)

ESTATURA	G.S. RH	SEXO
1.63	A+	F

01-OCT-2007 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2701900-00084146-F-1096201658-20060930 0003892173A 1 26314029

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO CAPACITADOR DE RECURSO HUMANO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Resolución 2674 de 2013 - Norma de Educación Sanitaria

CERTIFICA

QUE: NERYS DEL CARMEN MONTES BELEÑO

C.C: 1.096.201.658

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
NERYS DEL CARMEN MONTES BELEÑO
IDENTIFICACIÓN
1096201658

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 12:16:30

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 NERYS DEL CARMEN MONTES BELEÑO, Identificado con cédula de ciudadanía número 1.096.201.658 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

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 jueves 23 de enero de 2025, a las 10:17:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1096201658
Código de Verificación	1096201658250123101702

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. 262487515

PIB
10:20:39

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) NERYS DEL CARMEN MONTES BELEÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1096201658:

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 10:24:59 AM horas del 23/01/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **1096201658**
Apellidos y Nombres: **MONTES BELEÑO NERYS DEL CARMEN**

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.grac.atc@policia.gov.co

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

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, 23/01/2025 10:25:52 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1096201658** .

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. **108871110** . 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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Codigo Verificación: 3266377

ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA EPS S.A.

CERTIFICA QUE:

NERYS DEL CARMEN MONTES BELEÑO, identificado con Cedula Ciudadania 1096201658 aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y N° de Identificación:	Cedula Ciudadania 1096201658
Nombres y apellidos:	NERYS DEL CARMEN MONTES
Nivel de Sisben:	Nivel 1
Grupo Sisben:	
Fecha de afiliación:	2013-01-30
Ciudad:	YONDO
Régimen:	SUBSIDIADO
Estado de afiliacion:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	
Semanas de afiliación:	625

El presente documento fue generado el 2025-01-23 10:29:01, 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

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:

NERYS DEL CARMEN MONTES BELEÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.201.658**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

ıga en cuenta:

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

Powered by CamScanner

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 %	
C1096201658	MONTES BELEÑO NERYS DEL CARMEN	27/01/2025	21/02/2025	1311I221	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 17:58:16 .
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, 198.143.37.30, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

cajasan

NIT 890.200.106.1

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250019801 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
1096201658	CC	MONTES	BELEÑO	NERYS	DEL CARMEN

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	15/07/1989

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	3107775285		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. 61-76, 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.

Nerys Del carmen montes. B

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

001





Powered by CamScanner

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA

Que la persona NERYS DEL CARMEN MONTES BELENO identificado(a) con CC 1096201658 esta vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 168634186 desde el 05 de febrero de 2025, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 05 de febrero de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero
Gerencia de Soluciones para el Cliente
Banco de Bogota

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: NERYS DEL CARMEN MONTES BELEÑO
Identificación: 1096201658
Fecha de Nacimiento: Julio 15 de 1989
Edad: 35
Cargo: MANIPULADOR DE ALIMENTOS
EPS: SAVIASALUD EPS
Registro: 624308





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:	NINGUNA
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:

Nerys del Carmen Montes b

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

NERYS DEL CARMEN MONTES BELEÑO
Documento No. 1096201658

Powered by CamScanner