

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.031.645.551

Apellidos
CORTES CERON

Nombres
JUAN DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
14 FEB 2005

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y Lugar de expedición
15 FEB 2023, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
16 FEB 2033

Firma
Juan David



.CO

015126298

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL015126298615001<<<<<<<<<<<
0502146M3302163COL1031645551<0
CORTES<CERON<<JUAN<DAVID<<<<<<



# JUAN DAVID CORTES CERON

## AUXILIAR DE COCINA

## PERFIL PERSONAL

Soy auxiliar de cocina con aspiraciones y también soy una persona comprometida, responsable y con una gran disposición para aprender. Cuento con experiencia en trabajos que requieren esfuerzo físico y atención al detalle. Busco un empleo en el área de auxiliar de cocina, donde pueda aplicar mis habilidades.

## HÁBILIDADES

- Manejo de herramientas básicas de cocina
- Organización de almacenes y carga de productos.
- Conocimientos básicos de cocina
- Habilidad para trabajar en equipo bajo presión.
- Atención al cliente y resolución de problemas.

## EXPERIENCIA LABORAL

Inversiones celefrey
Cargo: Manipulador de alimentos
Tiempo: 1 año y 6 meses
Funciones realizadas: organización de materias primas, limpieza y desinfección de superficies y alimentos, preparación de recetas básicas, almacenamiento de insumos, llevar registros en formatos.

## EDUCACIÓN

| | |
|---|---|
| Graduado en 2023 | Bachiller técnico en ciencias empresariales<br>Colegio Veintiún Angeles - Bogotá, Colombia |

## REFERENCIAS

Tio: miller ceron cruz
Cargo: jardinero
Teléfono: 314 5768929

Madre: nidia ceron cruz
Cargo: apoyo logístico
Teléfono: 3245974434
Correo: nidiaceron44@gmail.com

Bogotá 20/09/2024
Inversiones Celefrey S.A.S
NIT 9000292957

# Certificación laboral

Por medio de la presente hacemos constar que el señor Cortes Cerón Juan David, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.1031645551 se desempeñó en la institución colegio de educación técnica y académica Celestin Freinet como manipulador de alimentos desde el 22/02/2024, hasta la fecha 02/08/2025, tiempo en el cual ha mostrado ser una persona seria responsable y digna de confianza, sin nada más que anexar a quien pueda interesar.

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

## COLEGIO VEINTIÚN ÁNGELES

### Institución Educativa Distrital

Carrera 90 No. 154A – 09 (Suba) Teléfono 6838616

DANE 111001107077

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los treinta (30) días del mes de Noviembre del año 2023, se reunieron en la Rectoría del plantel, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario Académico.

Esta Institución está aprobada en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el título de **BACHILLER EN LA MODALIDAD TÉCNICA,** según Resolución No. 110306 del 28 de Septiembre de 2016.

**Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de:**

## BACHILLER TÉCNICO

**Con Especialización en Ciencias Empresariales**

a:

# Cortes Cerón Juan David

C.C. 1031645551

Es fiel copia del acta original General firmada 017 del 30 de noviembre de 2023 que consta de 184 estudiantes graduados; que comienza con el nombre de **AARON CUEVAS CAROL VANESSA** y finaliza con el nombre de **ZIPAMONCHA GUERRERO DIEGO ALEJANDRO**.
Firmada por el suscrito **Rector, René Gerardo Andrade Arévalo y el Secretario Académico, Leandro Javier León Duarte.**

Dada en Bogotá, D.C., a los treinta (30) días del mes de noviembre de 2023.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7 del Decreto 180 de 1981.

*René Gerardo Andrade Arévalo*
*C.C. 80.364.651 de Bogotá*
*Rector*

*Leandro Javier León Duarte*
*C.C. 80.095.899 de Bogotá*
*Secretario Académico*

No Requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No.921 del 6 de Mayo de 1.994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre el

# Colegio Veintiún Ángeles

Institución Educativa Distrital

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 110306 del 28 de Septiembre de 2016.

Confiere a:

## Cortes Cerón Juan David

C.C.1031645551

El Título de:

# Bachiller Técnico

Con Especialización en Ciencias Empresariales

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

René Gerardo Andrade Arévalo
C.C. 80.364.651 de Bogotá
Rector

Leandro Javier León Duarte
C.C. 80.095.899 de Bogotá
Secretario Académico

Anotado al libro No. 2 Folio No: 40 del Colegio
Dado en Bogotá, D.C. a los treinta (30) días del mes de noviembre de 2023

(https://www.gov.co/)

Comando de Reclutamiento y Control Reservas

(https://www.facebook.com/ComandoReclutamiento/?fref=ts) (https://twitter.com/RECLUTAMIENTOCO)

Defensa

# Mi perfil

Este formulario permite que usted pueda actualizar o modificar su correo electrónico y contraseña para acceder a este portal.

Al finalizar haga click en el botón Actualizar. Tenga en cuenta que una vez hecha su inscripción, usted no podrá hacer cambios en sus nombres o números de documentos, para ello deberá acercarse al Distrito Militar con los soportes correspondientes.

Tipo de documento(*):

Cédula de Ciudadanía

Número de documento (*):

1031645551

Soldado Virtual

## Consulta ciudadano

Resultado de la consulta

Seleccione el nombre del ciudadano para visualizar las liquidaciones de cobro coactivo

| Nombre completo | Genero | Nacionalidad | Tipo de identificación | Número de identificación | País de nacimiento | Departamento de nacimiento | Municipio de nacimiento | Estado del ciudadano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Juan David Cortes Ceron | Masculino | | Cédula de Ciudadanía | 1031643551 | | | | Inscripción |

(https://www.gov.co/)

Comando de Reclutamiento y Control Reservas

(https://www.facebook.com/ComandoReclutamiento/?fref=ts) (https://twitter.com/RECLUTAMIENTOCO)

Defensa

# Mi perfil

Este formulario permite que usted pueda actualizar o modificar su correo electrónico y contraseña para acceder a este portal.

Al finalizar haga click en el botón Actualizar. Tenga en cuenta que una vez hecha su inscripción, usted no podrá hacer cambios en sus nombres o números de documentos, para ello deberá acercarse al Distrito Militar con los soportes correspondientes.

Tipo de documento(*):

Cédula de Ciudadanía

Número de documento (*):

1031645551

Primer Nombre (*):

JUAN

Segundo nombre:

DAVID



Soldado Virtual

# 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:**

Que siendo las 15:20:31 horas del 24/09/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1031645551,** Apellidos y Nombres **CORTES CERON JUAN DAVID**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **fundacion celestin freinet** , con NIT **830142249-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.grair-ageinpolicia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República · Ministerio de Defensa Nacional · Colombia compra eficiente · GOV.CO

| | FUNDACIÓN CELESTIN FREINET<br>FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES | Código:001<br>Versión: 1<br>Pág. 1 de 1 |
|---|---|---|

## AUTORIZACION

El (la) suscrito(a) Juan david Cortes Ceron, identificado con C.C. No. 1031645551 expedida en Bogota, autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **FUNDACION CELESTIN FREINET NIT. 830.142.249 - 7**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Se suscribe en la ciudad de Bogota, el día 24 (_) de Septiembre de 2025.

Firma Juan Ceron
Nombre Juan david Cortes Ceron
Cédula 1031645551

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
FUNDACION CELESTIN FREINET
NIT. 830.142.249-7 TEL. 6906600 EXT 116
PERSONERÍA JURÍDICA NO. 4348 DEL 10 DE NOVIEMBRE DE 2006

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la FUNDACION CELESTIN FREINET, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con el convenio 8422.

Se suscribe en la ciudad de Bogota, el día 24 (_) de Septiembre de 2025.

Firma Juan Coron
Nombres y Apellidos Juan David Cortes Coron
Cédula 1031645551
Correo electrónico

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 08:55:42 AM horas del 04/09/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1031645551**

Apellidos y Nombres: **CORTES CERON JUAN DAVID**

**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: 515 9700 ext. 30562 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.ansic-atc@policia.gov.co

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 04 de septiembre de 2025, a las 09:00:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1031645551 |
| Código de Verificación | 1031645551250904090025 |

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-

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

## LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

## CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JUAN DAVID CORTES CERON,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1031645551** de BOGOTA D.C.
(MIL TREINTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y UNO).
**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES.**

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

**ADVERTENCIAS:**

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* 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, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

* Certificado expedido sin costo alguno.

**VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ**
Jefe Oficina Asesora Jurídica

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 279790284

PIB
08:59:14


Bogotá DC, 04 de septiembre 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) JUAN DAVID CORTES CERON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031645551:

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 figuran 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

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

**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.**

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 1031645551 **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 04/09/2025 11:05 AM

Código Verificación: **D89J3PHETA**

Válida hasta: **03/12/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

Carnet
Manipulador de alimentos

NOMBRE : JUAN DAVID CORTES CERON
IDENTIFICACION: C.C.1031.645.551

Salud Nueva Medics certifica que:

Se asiste a la capacitación en Manipulación Higiénica de Alimentos con una intensidad horaria de 10 horas.

Resolución 2674 de 2013

Salud Nueva

Fecha de Inicio: 11 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Fecha Finalización: 11 DE SEPTIEMBRE DEJ 2026

Dra. Ana Rosa Alarcón L.
Médico Cirujano U. Nal.
Reg. 16021-79-1034 M.S
Bacteriólogo C.M.C.

Capacitador Autorizado Ana Rosa Alarcón L.
Resolución 154 de Abril de 2015 Hospital de Chaparro

Salud Nueva

Cronograma
Manejo Higiénico de los Alimentos

1. Limpieza y Desinfección – Control de Plagas

Fecha: 11 SEP 2025 HORAS 2

Dra. Ana Rosa Alarcón L.
Médico Cirujano U. Nal.
Reg. 16021-79-1034 M.S
Bacteriólogo C.M.C.

2. Microorganismos – ETAS – Legislación – Alimentos de Alto Riesgo

Fecha: HORAS 2

3. Materia Prima – Almacenamiento – Temperatura – Sistema PEPS. HCCP

Fecha HORAS 2

Salud Nueva
medics

# Certificado Médico de Uñas y de Garganta

Nombre: JUAN DAVID CORTES CERON
Fecha de nacimiento: 14-02-2005
Edad : 20 AÑOS

Documento : C.C. 1.031.645.551
Genero: MASCULINO

Fecha: BOGOTA 11 DE SEPTIEMBRE DE 2025

O.R.L: Normal
Garganta: Normal
Faringe: Normal
Cardiopulmonar: Normal
Piel: Normal
Uñas mano Derecha: Sanas.
Uñas mano Izquierda: Sanas.

PIEL,UÑAS Y GARGANTA SANAS
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS

CONCEPTO :
UÑAS Y GARGANTA SANAS APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS

Observaciones:

Se realiza educación en prevención de factores de riesgo para SARS, COVZ, Covid-19: lavado frecuente de manos, distanciamiento social y uso permanente de tapabocas. Se dan explicaciones específicas al paciente sobre los hallazgos y recomendaciones en lenguaje claro y refiere comprender.
Se recomienda implementar las acciones correspondientes para la prevención del riesgo biológico por Covid-19 en el ambiente de trabajo, promover el cuidado mutuo orientado cumpliendo el protocolo de seguridad y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo técnico Res. 777 de 2021)

Dra. Ana Rosa Alemán
Médico Cirujano
Reg. 16851 RETHUS
Especialista en C.M.F.

Salud Nueva Medics

Salud Nueva Medics
Manipulación de alimentos

Medico Evaluador: Ana Rosa Alemán G.
Registro Medico: 16851 RETHUS C.C.51775405

Salud Nueva
medics

# Certificado Médico Ocupacional De Ingreso con énfasis Osteomuscular

Nombre : JUAN DAVID CORTES CERON

Fecha de nacimiento: 14 -02-2005
Identificación: C.C. 1.031.645.551

Edad: 20 AÑOS

Género: MASCULINO

Empresa : FUNDACION CELESTIN FREINET

Cargo : MANIPULADOR DE ALIMENTOS

Fecha : BOGOTA 11 SEPTIEMBRE DE 2025

EXAMEN REALIZADO
Énfasis osteomuscular

Concepto:
APTO PARA LABORAR .

RESTRICCION : NINGUNA

RECOMENDACIONES:
- Ejercicio y dieta saludable
- Uso elementos de protección personal
- Control medico preventivo por nutrición de la E.P.S.
- Realizar pausas activas durante la jornada laboral.

Se recomienda implementar las acciones correspondientes para la prevención del riesgo biológico por Covid-19 en el ambiente de trabajo, promover el cuidado mutuo orientado cumpliendo el protocolo de seguridad y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo técnico Res. 777 de 2021)
realiza

Dra. Ana Rosa Alemán
MD. Especialista Higiene
Salud Ocupacional
Universidad Nacional de Colombia

LICENCIA No. 12946
09-10-2015

Salud Nueva Medics

376714

Salud Nueva Medics
Ocupacional

Medico Evaluador: Ana Alemán G.
Reg.S.D.S.: 16851 RETHUS C.C. 51775405

Sede : Calle 142 # 131 – 05 Tel. 601 – 6881253 / 312 3780044 saludnuevamedics@gmail.com

# SALUD NUEVA

**TALLER – EXAMEN MANIPULACION DE ALIMENTOS**

NOMBRE: Juan david cortes cano FECHA: 11/09/25

CEDULA: 1031645561 TELEFONO: 3045440867

EMPRESA: [illegible] EDAD: 30

**RESPONDA MARCANDO CON UNA X LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

1. ¿El cabello del manipulador de alimentos como debe estar?
   a. Largo
   b. Alisado
   c. Recogido
   d. No interesa
2. ¿Las uñas del manipulador de alimentos deben ser?
   a. Cortas y limpias
   b. Con esmalte transparente
   c. Largas y lindas
3. ¿Cuándo debe lavarse las manos el manipulador de alimentos?
   a. Después de ir al baño
   b. Después de cada actividad
   c. Al recibir dinero
   d. Todas las anteriores
4. ¿El calzado del manipulador de alimentos debe ser?
   a. Abierto
   b. Sandalia
   c. Cerrado
   d. Sucio
5. ¿Cuándo hablamos de BPM (buenas prácticas de manufactura) además del manipulador de alimentos también está involucrado?
   a. agua
   b. materia prima
   c. los equipos
   d. todas las anteriores

# SALUD NUEVA

Calle 142 Nº 131 – 05
BARRIO TUBABUYES UNIVERSAL
Teléfono: 6881253 Celular: 312 3780044
NIT: 51775405-05


# ACTA DE MANEJO HIGIENICO DE LOS ALIMENTOS

## PRIMERA SESION

FECHA: 11 SEP 2025 DURACION: 2 HORAS

**OBJETIVO:**

CAPACITAR A LAS PERSONAS QUE A DIARIO MANIPULAN ALIMENTOS 7PARA QUE ELABOREN PRODUCTOS SALUDABLES QUE NO SEAN DE RIESGO PARA LA SALUD TANTO DE NIÑOS COMO ADULTOS.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- CONOCER LOS HABITOS DE IIGIENE Y SU IMPORTANCIA
- ENSEÑAR SOBRE LIMPIEZA ' DESINFECCION
- INSTRUIR SOBRE CONTAMINACION DE LOS ALIMENTOS Y SU CLASIFICACION
- ENSEÑAR LA CONTAMINACION CRUZADA Y SU PREVENCION
- EDUCAR SOBRE LA CADENA DE FRIO Y SU IMPORTANCIA AL MANIPULAR ALIMENTOS
- COMPRENDER CUALES SON LOS ALIMENTOS DE ALTO RIESGO PARA LA SALUD PUBLICA Y SU MANEJO

**METODOLOGÍA**

ACTIVIDAD EXPLICATIVA,, PREGUNTAS Y RESPUESTAS, ACLARAR DUDAS, EVALUACION FINAL.

Dra. Ana Esther Aleman
Médico Cirujano U. Nal.
Reg. 1634 MIN. SALUD
R.E.T.H.U.S. C.C.

DRA ANA ALEMAN

RETHUS C.C. 51775405

REG. MIN SALUD 1634

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4015374747 | 2[5]0[8]2[0]0[2]5 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) — Página 1 de 2

| 1.tipo de tramite | 2.Tipo afiliacion | | 3.Regimen | 4.Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | B. Colectivo ☐ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ | SI ☐ No ☒ |

| 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7.Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | 12 |

**A. AFILIACIÓN**

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN** (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| 1.Primer apellido: CORTES | 2.Segundo apellido: CERON | 3.Primer nombre: JUAN | 4.Segundo nombre: DAVID |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 1031645891 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | Pais: COLOMBIA | Departamento: BOGOTA | Municipio: BOGOTA | | 1[4]0[3]2[0]0[5] |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | |
|---|---|---|---|
| 6 | | Si ☐ No ☒ | Categoria Discapacidad: |

| 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | | 21.Grupo población especial |
|---|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | Nivel: | Grupo: | |

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PROTECCION | 1423500 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| KM 8 VIA SUBA COTA | | 3045440857 | CORTESCERON2005@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | COTA | | Urbano cabecera municipal ☒ Urbano centro poblado ☐ | Rural dispersa ☐ Resto rural ☐ | |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número documento identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | |

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| | 35. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | | 40.Sexo Identificación | | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | Pais | Departamento | Municipio | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43.Parentesco | 44.Etnia | 45.Comunidad | 46.Grupo poblacional especial | 47.Encuesta SISBEN | | 48.Clasificación SISBEN | | 49.Discapacidad | | | 50.Incapacidad Permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Si | No | Nivel | Grupo | Si | No | Categoria | Si | No |
| 01 | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | |

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio/Distrito | Zona | | | | Teléfono Fijo y/o celular | 52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera municipal | Centro poblado | Rural dispersa | Resto rural | | |
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| 01 | | | |
| 02 | | | |
| 03 | | | |
| 04 | | | |
| 05 | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | CIMAD MEDICO IPS LTDA - CIMAD MEDICO IPS LTDA | CIMADCOTA - CIMADCOTA |
| S | - | - |
| S | - | - |
| S | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO**

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de | 57. Numero de documento de | 58. Tipo de aportante o pagador de |
|---|---|---|---|

| No de Radicacion |
|---|
| 4015574747 |



## 5. REPORTE DE NOVEDADES

**63. Tipo de Novedad**

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de la identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | 62. Sexo biológico (Femenino ☐ Masculino ☐) | 63.Sexo identificación (F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual) | 64.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. ...anterior | 66.Fecha de Novedad | 67.Motivo de traslado Código: | 68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 14/03/2025 | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 73. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza defamilia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- 75. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- 76. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o celular como mensaje de texto
- 77. ☐ Aceptación de las condiciones para Vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- 78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

**73. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria**

**Apellidos y nombres**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad |
|---|---|
| | |

## IX. FIRMAS

| | |
|---|---|
| Juan Cortes. | jimmy Castaño. |
| **80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario** | **81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio** |

## X.ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN.☐ RC.☐ TI.☐ CC.☒ PA.☐ CE.☐ CD.☐ SC.☐ PT.☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

| 92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio | Código del Departamento | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|---|
| | | |

## XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

**94. Apellidos y Nombres**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

95.Firma del funcionario

## CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

| Primer apellido | Segundo apellido (o de casada) | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| CORTES | CERON | JUAN | DAVID |

| No de identificación | Tipo de documento | Fecha de nacimiento | Sexo | Fecha diligenciamiento |
|---|---|---|---|---|
| 1031645551 | X | 2005 02 14 | X | 2025 25 08 |

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico _

**CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)**

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: JUAN DAVID CORTES CERON identificado con el documento de identidad: C No. 1031645551, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico cortesceron2006@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

**Firma del afiliado (Cotizante):** Juan Cortes

Nombres y Apellidos: JUAN DAVID CORTES CERON
Número de identificación: 1031645551

Fecha de diligenciamiento
2025 25 08

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 **JUAN DAVID CORTES CERON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1031645551,** se encuentra afiliado/a desde **18/08/2025** 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 21 de agosto 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.



Colpensiones
Dirección: Carrera 10 no.72 – 33 Torre 6 Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

**REFERENCIA BANCARIA**

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JUAN DAVID CORTES CERON, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.031.645.551 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 237603766, abierta/o desde el 2/5/2024.

Se expide en Bogotá el día 10 del mes de Agosto del año 2025

Firma Autorizada

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