



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 GUERRERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ARRIETA	NOMBRES BERLY DEL CARMEN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 50853963	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 20 MES 06 AÑO 1969 PAÍS COLOMBIA DEPTO CÓRDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 16 11-9 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CÓRDOBA MUNICIPIO: PUEBLO NUEVO TELÉFONO: 315 2539543 EMAIL: berlyguerreroarrieta@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.	X	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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO							TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO								MES	AÑO	
ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)													
IDIOMA				LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE			
				R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	

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 DONDE PETRA		PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COCINERA	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN CL 11 KR 12	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
COCINERA	2	

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).


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

NUMERO **50.853.963**
GUERRERO ARRIETA

APELLIDOS
BERLY DEL CARMEN

NOMBRES

Berly Guerrero

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUN-1969**

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

05-SEP-1990 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

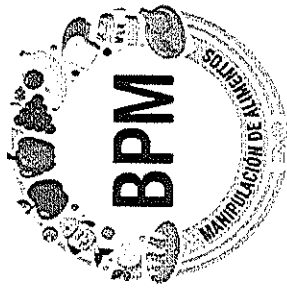
Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1303100-00167861-F-0050853963-20090807

0014697176A 1

28062628



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

BERLY DEL CARMEN GUERRERO ARRIETA
Identificada con cédula No. 50853963

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : BERLY DEL CARMEN GUERRERO ARRIETA

Historia : 50853963

Doc. Id : 50853963

Edad/Sexo : 56 / F

Teléfono :

Remisión : 75010759

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:26:24

Primera Impresión : 19/02/2026 12:19:40

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:04:21

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hematies
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas
Jabones
EXAMEN PARASITOLOGICO
La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

Amarillo
Blanda
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
+
+

FROTIS DE SECRECION FARINGEO
REACCION POLIMORFO NUCLEAR
GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

Escasa
+
No se observan.
No se observan.
No se observan.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a **BERLY DEL CARMEN GUERRERO ARRIETA** con CC N° 50853963 de sexo **FEMENINO**, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

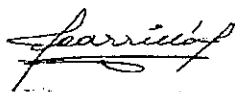
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

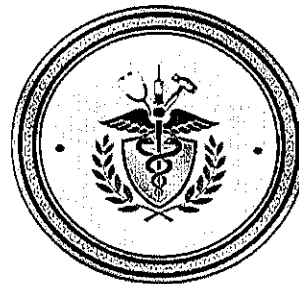
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



2. Concepto **1 4** Suspensión RUT

4. Número de formulario

141002417470



(415)770721248984(8020) 000014100241747 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 0 8 5 3 9 6 3 1

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

1 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 0 8 5 3 9 6 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

GUERRERO

32. Segundo apellido

ARRIETA

33. Primer nombre

BERLY

34. Otros nombres

DEL CARMEN

5. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Antioquia

0 5

40. Ciudad/Municipio

Caucasia

1 5 4

41. Dirección principal

BRR EL POBLADO

42. Correo electrónico aministracion81@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 0 4 8 3 9 7 8 6 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

0 7 2 2

47. Fecha Inicio actividad

2 0 2 2 0 9 2 2

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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 o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ESAP

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTILLA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HURTADO	NOMBRES BLANCA ROSA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAIS ☐ No. 1.067.280.295	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>30</u> MES <u>08</u> AÑO <u>1980</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CORDOBA</u> MUNICIPIO <u>PUEBLO NUEVO</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CR 11 - 16, BARRIO EL CARMEN</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CORDOBA</u> MUNICIPIO <u>PUEBLO NUEVO</u> TELÉFONO <u>3147092665</u> EMAIL <u>blancacastilla78@gmail.com</u>	

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: BASICA PRIMARIA
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES <u>12</u> AÑO <u>1998</u>

EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN			No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO		

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X				X

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
CONSORCIO UNIDOS PARA CORDOBA		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CORDOBA	MONTERIA		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
	DÍA 01 MES 10 AÑO 2024		DÍA 29 MES 11 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MANIPULADORA DE ALIMENTOS			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONSORCIO ALIMENTO PARA CORDOBA		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CORDOBA	MONTERIA		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
	DÍA 14 MES 03 AÑO 2024		DÍA 09 MES 05 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MANIPULADORA DE ALIMENTOS			
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 ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SECTOR PRIVADO		
SECTOR PUBLICO		4
INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		4

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).

Bolivia Castillo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



6

OBJECIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATACION

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.067.280.295**
CASTILLA HURTADO

APELLIDOS
BLANCA ROSA

NOMBRES

Blanca Castilla

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-AGO-1980**
PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

O+

F

ESTATURA

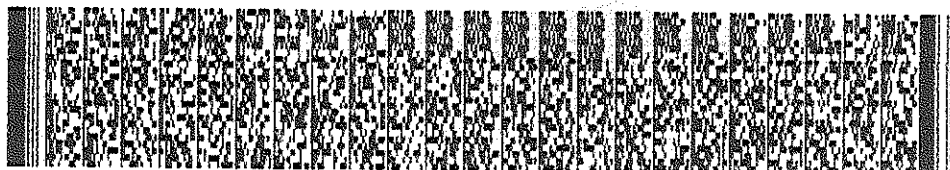
G.S. RH

SEXO

13-MAY-2004 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1303100-01260900-F-1067280295-20211019

0075810469H 1

8502199155



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

BLANCA ROSA CASTILLO HURTADO
Identificada con cédula No. 1067280295

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : BLANCA ROSA CASTILLO HURTADO

Historia : 1067280295

Doc. Id : 1067280295

Edad/Sexo: 45 / F

Teléfono :

Remisión : 75010761

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:28:31

Primera Impresión : 19/02/2026 12:19:52

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:01:23

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color

Amarillo

Consistencia

Blanda

Hematies

0-2

x campo

Flora cocobacilar

Normal

Blastoconidias

No se observaron

Blastoconidias en gemacion

No se observaron

Pseudomicelios

No se observaron

Celulas vegetales

No se observaron

Fibras musculares

No se observaron

Leucocitos

0-2

x campo

Almidon parcialmente digerido

+

Grasas

+

Jabones

+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es

Negativo para Parasitos Intestinales

.

.

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Escasa

Cocos gram positivos

Escasos

Bacilos gram positivos

No se observan.

Bacilos gram negativos

No se observan.

levaduras

No se observan.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica María Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a **BLANCA ROSA CASTILLO HURTADO** con CC N° 1067280295 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

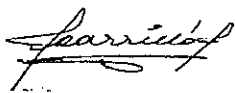
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

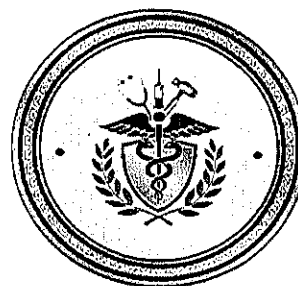
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

4. Número de formulario

141159439664



(415)7707212489984(8020) 000014115943966 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 7 2 8 0 2 9 5 0

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montería

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

1 0 6 7 2 8 0 2 9 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

CASTILLA

32. Segundo apellido

HURTADO

33. Primer nombre

BLANCA

34. Otros nombres

ROSA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

CR 11 # 16 BRR EL CARMEN

42. Correo electrónico

blancacastilla78@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 7 0 9 2 6 6 5

45. Teléfono 2

3 1 1 7 8 2 4 7 9 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				52. Número establecimientos	
46. Código	47. Fecha Inicio actividad	48. Código	49. Fecha Inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código		
C 0 1 0	2 0 1 6 0 7 1 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	4	9																							

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

☒

60. No. de folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CASTILLA HURTADO BLANCA ROSA

985. Cargo Contribuyente



Persona Natural

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

PRIMER APELLIDO VERGARA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MENDOZA		NOMBRES MILADIS DEL CARMEN	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 50.853.308			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE ☐		SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO _____ D.M. _____	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 27 MES 04 AÑO 1963			CRA 10ª 18ª - 40 B/ LA FLORESTA		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA DEPTO CÓRDOBA		
DEPTO CÓRDOBA			MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		
MUNICIPIO PUEBLO NUEVO			TELÉFONO 310 827 08 95 EMAIL Julian.lozano850@gmail.com		

[illegible]

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
ASOCIACIÓN INSTITUTO MIXTO JUAN JACOBO ROUSSEAU		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CÓRDOBA	PUEBLO NUEVO	asojuanjacobo.cordoba@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
314 328 58 29	DÍA 13 MES 06 AÑO 2022	DÍA 15 MES 12 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MANIPULADORA DE ALIMENTOS	CDI DIVINO NIÑO	DG 18ª 13C-37 B/ EL PRADO	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIÓN TEMPORAL NIÑEZ POR CHINU 2021		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CÓRDOBA	PUEBLO NUEVO	utninezporchinu2021@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
314 562 51 73	DÍA 01 MES 02 AÑO 2022	DÍA 31 MES 05 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MANIPULADORA DE ALIMENTOS	CDI DIVINO NIÑO	DG 18ª 13C-37 B/ EL PRADO	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIÓN TEMPORAL NIÑEZ POR CHINU 2021		X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CÓRDOBA	PUEBLO NUEVO	utninezporchinu2021@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
314 562 51 73	DÍA 16 MES 04 AÑO 2021	DÍA 30 MES 12 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MANIPULADORA DE ALIMENTOS	CDI DIVINO NIÑO	DG 18ª 13C-37 B/ EL PRADO	

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 FUNDACIÓN ZENUES TRENZANDO FUTURO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	MUNICIPIO PUEBLO NUEVO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD trenzandofuturo@gmail.com	
TELÉFONOS 312 666 85 88	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 02 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 02 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MANIPULADORA DE ALIMENTOS	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GENCOOP	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CÓRDOBA	MUNICIPIO PUEBLO NUEVO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES 02 AÑO 2008	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO MANIPULADORA DE ALIMENTOS	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	

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	7	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	7	11

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).

Melito Vargara
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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.853.308

VERGARA MENDOZA

APELLIDOS

MILADIS DEL CARMEN

NOMBRES

Miladis

VERGARA MENDOZA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-ABR-1963

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

14-DIC-1987 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1303100-00155558-F-0050853308-20090504

0011204038A 1

7430101409



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

MILADIS DEL CARMEN VERGARA MENDOZA
Identificada con cédula No. 50853308

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.



Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : MILADIS DEL CARMEN VERGARA MENDOZA

Historia : 50853308

Doc. Id : 50853308

Edad/Sexo: 62 / F

Teléfono :

Remisión : 75010760

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:27:50

Primera Impresión : 19/02/2026 12:19:47

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:01:22

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hematies
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas

Amarillo
Pastosa
0-2 xcampo
Disminuida
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

Escasa

+
No se observan.
No se observan.
No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Muestra

Raspado de uña

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a MILADIS DEL CARMEN VERGARA MENDOZA con CC N° 50853308 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

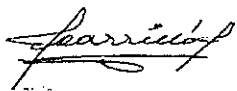
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

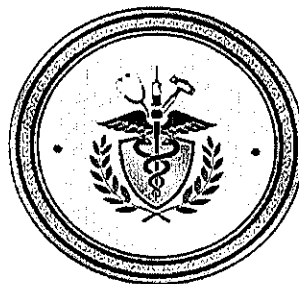
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

14761433007



(415)7707212489984(S020) 000001476143300 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

5 0 8 5 3 3 0 8

5

Impuestos y Aduanas de Montería

1 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 0 8 5 3 3 0 8

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

VERGARA

32. Segundo apellido

MENDOZA

33. Primer nombre

MILADIS

34. Otros nombres

DEL CARMEN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

CR 10 # 18 40 ADL LA FLORESTA

42. Correo electrónico

julian.lozano850@gmail.com

43. Código postal

2 3 5 5 5

44. Teléfono 1

3 1 0 8 2 7 0 8 9 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

0 0 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1 0 5 2 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 3 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

03- Impuesto al patrimonio

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

NO

☒

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VERGARA MENDOZA MILADIS DEL CARMEN

985. Cargo CONTRIBUYENTE



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

diligencie su hoja de vida en otro día y lugar

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
-------	------------------------------

I. INFORMACION GENERAL

(*) Regulado por el Decreto 1501 de 1992
(**) Ley 1010 de 2006

Apellido(s) del aspirante Martinez Castro		Nombre(s) del aspirante Deisy Flor	
Fecha de Nacimiento 10 04 1990	Lugar de Nacimiento San Marcos - Sucre		
Dirección domicilio / Barrio Corregimiento Corcovao		Ciudad Pueblo Nuevo	
Teléfono		No. Celular 3238563288	
Correo electrónico		Nacionalidad Columbiana	
Profesión, ocupación u oficio Ama de Casa		(*) Estado civil Union Libre	Años de experiencia - años
DOCUMENTACION (*) Resoluto especial Art. 115, decreto 2150 de 1995			
Cédula de ciudadanía: ☒ N° 1.067.286.012	(**) Licencia militar N°		Primera clase: ☐
Extranjería: ☐	Expedite en: Pueblo Nuevo		Segunda clase: ☐
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vencida? ☐ Si ☐ No ☒		Categoría

FOTOGRAFIA
RECIENTE
Tamaño 3x3 cm.

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACION PERSONAL

¿Esta trabajando actualmente? ☐ Si ☒ No		¿En que empresa?		Empleado ☐ Independiente ☐		Tipo de contrato	
¿Trabajó antes en esta empresa? ☐ Si ☒ No		¿Solicitó empleo antes en esta empresa? ☐ Si ☒ No		Fecha		Nombre	
¿Tiene contratos que vayan en esta empresa? ☐ Si ☒ No		Nombre Dependiente		¿Conoce a alguien de esta empresa? ☐ Si ☒ No		Dependiente	
¿Tiene contratos que vayan en esta empresa? ☐ Si ☒ No		Nombre Dependiente		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? ☐ Anuncio ☒ Amigo ☐ Redes Sociales ☐		Por medio de agenda ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
¿Acepta trabajar en una ciudad o sitio distinto al independiente contratado? ☐ Si ☒ No		Vive en casa: ☐ Familiar ☐ ☒ Propietario ☐ Alquiler ☐		Nombre del arrendador		Teléfono	
¿Actualmente gana algún ingreso adicional? ☐ Si ☒ No		Describa e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$		¿Cuánto es su aspiración salarial?	
¿Por qué conoce?		¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? ☐ Si ☒ No		¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? ☐ Si ☒ No							

4406795 - 2

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	
			D M A	D M A	\$	\$	
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Otro? ☐ Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐							
Horario de trabajo		Tiempo completo ☐	1/2 Tiempo ☐	Por horas ☐	Jornadas	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	
			D M A	D M A	\$	\$	
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Otro? ☐ Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐							
Horario de trabajo		Tiempo completo ☐	1/2 Tiempo ☐	Por horas ☐	Jornadas	Diurna ☐	Nocturna ☐ Otra jornada ☐
Motivo del retiro							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relación de los nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Kenet Ojeda	Ocupación Estudiante	Dirección Santiago Abajo
			Teléfono 3142321675
2.	Nombre Maria Vergara	Ocupación Ama de Casa	Dirección Santiago Abajo
			Teléfono 3207481790
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Jorge Lopez	Ocupación Oficios Varios	Dirección Corcovao
			Teléfono 346901664
2.	Nombre Katy Martinez	Ocupación Ama de Casa	Dirección Corcovao
			Teléfono 315109857

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



Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

Daisy Martinez

C.C. **1.067.296.022**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.286.022

MARTINEZ CASTRO

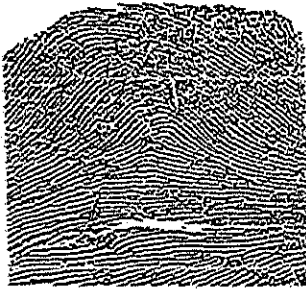
APELLIDOS

DEISY FLOR

NOMBRES

Deisy Martinez C.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-1990

SAN MARCOS
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

15-ABR-2008 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

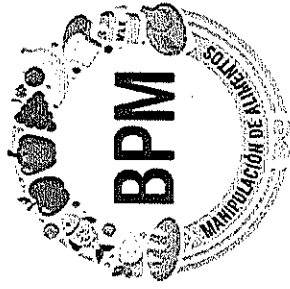
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1303100-00154715-F-1067286022-20090419

0010832748A 1

27964108



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

DEISY FLOR MARTINEZ CASTRO
Identificada con cédula No. 1067286022

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : DEICY FLOR MARTINEZ CASTRO

Historia : 1067286022

Doc. Id : 1067286022

Edad/Sexo: 35 / F

Teléfono :

Remisión : 75010781

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:42:07

Primera Impresión : 19/02/2026 12:22:15

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:01:41

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hemates
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas

Cafe
Blanda
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
++

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

+
No se observa.
No se observa.
No se observa.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

Muestra negativa para estructuras micoticas

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a DEISY FLOR MARTINEZ CASTRO con CC N° 1067286022 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

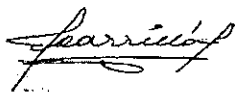
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

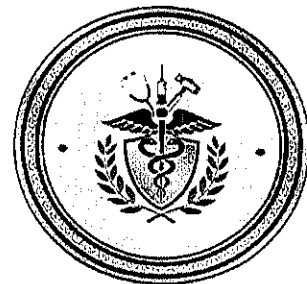
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09





(+57) 300 600 0100

Carrera 45 # 26 - 85
Medellin Colombia

www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Jueves, 29 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que DEISY FLOR MARTINEZ CASTRO identificado con cédula de ciudadanía 1067286022, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producción interno	Estado	Fecha de apertura
3238563288	87076501682	ACTIVA	25-03-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi



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 VERGARA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MENDOZA	NOMBRES EVA SANDRID
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.067.280.913	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 24 MES 03 AÑO 1996 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 2 #113 VDA VILLA ESPERANZA PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3505735757 EMAIL ev240396@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: BACHILLER ACADEMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	☒	MES 12 AÑO 2015	

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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 HOGAR COMUNITARIO LOS ANGELES		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CORDOBA	MUNICIPIO PUEBLO NUEVO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS 3108836278	FECHA DE INGRESO DÍA 07 MES 02 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 02 AÑO 2024		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MANIPULADORA DE ALIMENTOS	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN VDA VILLA ESPERANZA		

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.280.913

VERGARA MENDOZA

APELLIDOS
EVA SANDRID

NOMBRES

Eva Sandrid Vergara-

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1996

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

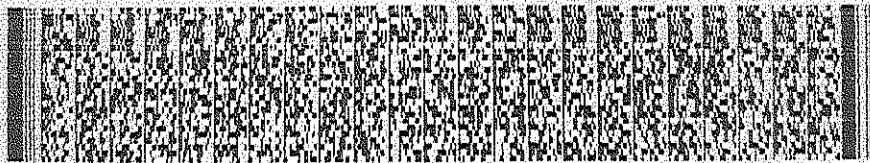
1.63
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

01-JUL-2014 PUEBLO NUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1303100-00649579-F-1067280913-20141201

0041591008A 6

43642411



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

EVA SANDRID VERGARA MENDOZA
Identificada con cédula No. 1067280913

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : EVA SANDRITH VERGARA MENDOZA

Historia : 1067280913

Doc. Id : 1067280913

Edad/Sexo: 29 / F

Teléfono :

Remisión : 75010782

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:42:23

Primera Impresión : 19/02/2026 12:22:21

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:01:42

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hemates
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas
Jabones

Amarillo
Blanda
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
+
+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

.
.

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

Escasa

No se observan.
+
No se observan.
No se observan.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a EVA SANDRID VERGARA MENDOZA con CC N° 1067280913 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

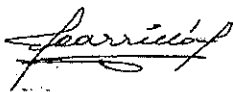
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

141193227715



(415)7707212489884(8020) 000014119322771 5

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 6 7 2 8 0 9 1 3 4

Impuestos y Aduanas de Montería

1 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

Persona natural o sucesión líquida

2

Cédula de Ciudadanía

1 3

1 0 6 7 2 8 0 9 1 3

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Córdoba

2 3

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

VERGARA

MENDOZA

EVA

SANDRID

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Signa

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Córdoba

2 3

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VDA VILLA ESPERANZA CL PRINCIPAL

42. Correo electrónico

ev2403@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 5 0 5 7 3 5 7 5 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

52. Número establecimientos

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

1 0 8 4

2 0 2 5 0 7 2 4

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

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 1.8.1.2.6 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:

X Eva Vergara

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

BALLESTEROS MARTINEZ JOSE RAFAEL

985. Cargo

Gestor I



(+57) 300 600 0100

Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia

www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Jueves, 29 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que EVA SANDRID VERGARA MENDOZA identificado con cédula de ciudadanía 1067280913, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3505735757	87075595350	ACTIVA	12-03-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

Defensor Consumidor Financiero: Maria Adolayda Calle - defensor@bancolombia.com.co - Cr 48A #18A 14, Piso 9 - Medellín - Tel: +57 (604) 3561225



Producto protegido por
el Seguro de Depósitos
www.fogafin.gov.co



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

Libertad y Orden

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Macea	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Basilio	NOMBRES Eliq del Carmen
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.067.282.117	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 09 MES 05 AÑO 1982 PAÍS Colombia DEPTO Cordoba MUNICIPIO Pueblo Nuevo		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Vereda las guamas PAÍS Colombia DEPTO Cordoba MUNICIPIO Pueblo Nuevo TELÉFONO 3216217599 EMAIL eliadelcarmen maceabasilio@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 9º		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2021		
EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)													
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO							TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO								MES	AÑO	
ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)													
IDIOMA				LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE			
				R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Programa de alimentación escolar	2 años	24 meses

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).

Elia Macea Basilio

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.067.282.117
MACEA BASILIO

APELLIDOS
ELIA DEL CARMEN

NOMBRES

Macea Basilio



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-1982

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

O+

G.S. RH

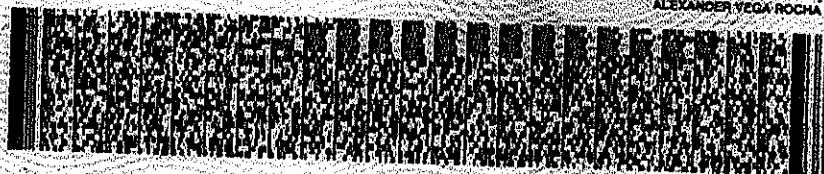
F

SEXO

03-AGO-2005 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1303100-01223966-F-1067282117-20210324

0073865287A 1

8501751674



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

ELIA DEL CARMEN MACEA BASILIO
Identificada con cédula No. 1067282117

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys/Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : ELIA DEL CARMEN MACEA BASILIO

Historia : 1067282117

Doc. Id : 1067282117

Edad/Sexo: 43 / F

Teléfono :

Remisión : 75010783

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:42:40

Primera Impresión : 19/02/2026 12:22:26

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculación

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:01:42

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hemates
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas
Jabones

Pardo
Pastosa
0-2 xcampo
Disminuida
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
+
+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

.
.

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

Escasa

Escasos
No se observan.
No se observan.
No se observan.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a ELIA DEL CARMEN MACEA BASILIO con CC N° 1067282117 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

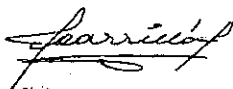
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141159828931



(415)7707212489984(8020) 000014115982893 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 7 2 8 2 1 1 7

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Montería

13. 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

1 0 6 7 2 8 2 1 1 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

MACEA

32. Segundo apellido

BASILIO

33. Primer nombre

ELIA

34. Otros nombres

DEL CARMEN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VRD 1 # 1 - 1 VRD LAS GUAMAS

42. Correo electrónico

maceaeliadelcarmen@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 6 2 1 7 5 9 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

1 0 8 9

2 0 2 5 0 2 0 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

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

984. Nombre MACEA BASILIO ELIA DEL CARMEN

985. Cargo CONTRIBUYENTE



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 HERREA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GONZALEZ	NOMBRES LEIDY MARIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 1.003.358.332	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 31 MES 08 AÑO 1999 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA VEREDA EL CORRAL PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3236104268 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.	2o.	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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN			No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO		

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

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 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 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 ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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 PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	0	0

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 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Leidy Herrera
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 _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.358.332

APELLIDOS HERRERA GONZALEZ

NOMBRES LEIDY MARIA

FIRMA

LEIDY HERRERA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1999
PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

AB+

F

ESTATURA

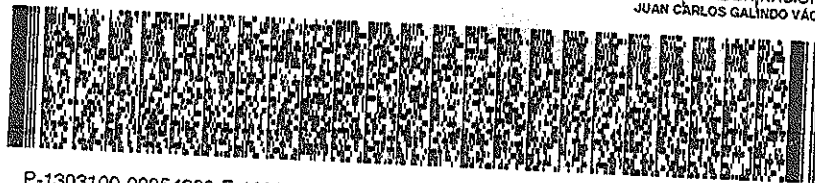
G.S. RH

SEXO

25-OCT-2017 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1303100-00954399-F-1003358332-20171115

0058472414A 1

50290085



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

LEIDY MARIA HERRERA GONZALEZ
Identificada con cédula No. 1003358332

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.



Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR

Paciente : LEIDY MARIA HERRERA GONZALEZ

Historia : 1003358332

Doc. Id : 1003358332

Edad/Sexo: 26 / F

Teléfono :

Remisión : 75010787

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:44:33

Primera Impresión : 19/02/2026 12:22:50

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:01:44

Jeraldine Páez
JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hematies
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas
EXAMEN PARASITOLOGICO
La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

Amarillo
Dura
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
++
.
.

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

Moderada.

+
No se observan.
No se observan.
+++

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

Muestra

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Raspado de uña

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a LEIDY MARIA HERRERA GONZALEZ con CC N° 1003358332 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

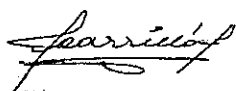
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

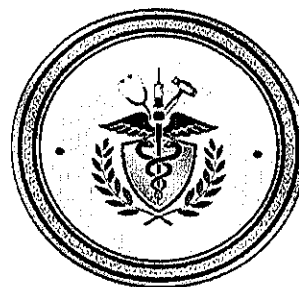
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

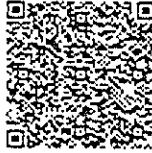
DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

4. Número de formulario

141159648602



(415)7707212499984(8020) 0000141159648602

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 3 3 5 8 3 3 2

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montería

1 2

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

1 0 0 3 3 5 8 3 3 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

HERRERA

32. Segundo apellido

GONZALEZ

33. Primer nombre

LEIDY

34. Otros nombres

MARIA

5. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VRD VRD EL CORRAL

42. Correo electrónico

herreraleidy429@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 3 6 1 0 4 2 6 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

0 0 8 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 2 0 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

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

☒

60. No. de folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERRERA GONZALEZ LEIDY MARIA

985. Cargo Contribuyente



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Trujillo</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Díaz</u>	NOMBRES <u>Enelcy Del Carmen</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>50949522</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☐ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>11</u> MES <u>02</u> AÑO <u>1968</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cordoba</u> MUNICIPIO <u>Pueblo Nuevo</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cordoba</u> MUNICIPIO <u>Pueblo Nuevo</u> TELÉFONO _____ EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UN 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	11	MES	AÑO

EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES

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).

Evelyn Trujillo

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

NUMERO 50.949.522

TRUJILLO DIAZ

APELLIDOS

ENELCY DEL CARMEN

NOMBRES

Enelcy Trujillo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1968

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

AB+

G.S. RH

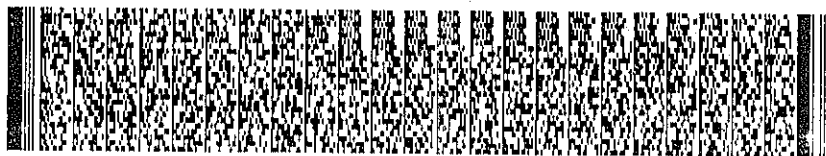
F

SEXO

10-OCT-1996 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1302800-00172654-F-0050949522-20090825

0015391778A 1

7680103581



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

ENELCY DEL CARMEN TRUJILLO DIAZ
Identificada con cédula No. 50949522

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.



Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR

Paciente : ENELSY DEL CARMEN TRUJILLO DIAZ

Historia : 50949522

Doc. Id : 50949522

Edad/Sexo: 58 / F

Teléfono :

Remisión : 75010788

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:44:48

Primera Impresión : 19/02/2026 12:22:56

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.
Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:01:46

Jeraldine Páez
JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color

Consistencia

Hematies

Flora cocobacilar

Blastoconidias

Blastoconidias en gemacion

Pseudomicelios

Celulas vegetales

Fibras musculares

Leucocitos

Almidon parcialmente digerido

Grasas

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es

Negativo para Parasitos Intestinales

Amarillo

Pastosa

0-2

xcampo

Normal

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

0-2

x campo

+

++

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos

Bacilos gram positivos

Bacilos gram negativos

levaduras

+

No se observa.

No se observa.

No se observa.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

Muestra negativa para estructuras micoticas

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a ENELCY DEL CARMEN TRUJILLO DIAZ con CC N° 50949522 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

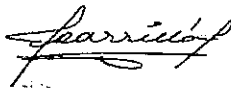
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09





FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

Libertad y Orden

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MEZA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RUIZ	NOMBRES ELSA MARGOTH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 50.871.074	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 21 MES 11 AÑO 1968 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PLANETA RICA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA LA GRANJITA PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3233677752 EMAIL elsamargothmezarui@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.	☒	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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES

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).


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

NUMERO 50.871.074

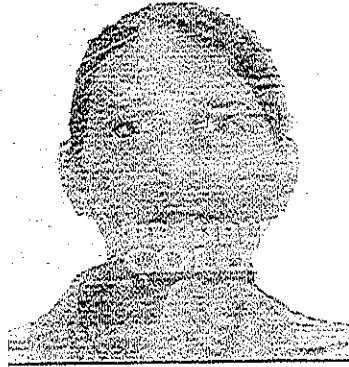
MEZA RUIZ

APELLIDOS

ELSA MARGOTH

NOMBRES

Elsa Meza Ruiz
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1968

PLANETA RICA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

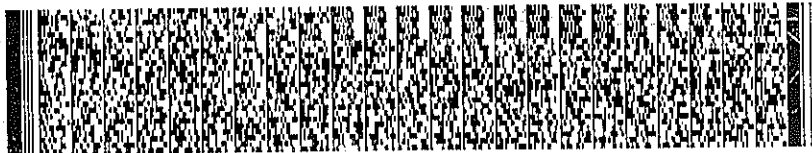
F

SEXO

03-MAY-1989 PLANETA RICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1302800-00155621-F-0050871074-20090505

0011235849A 1

7680100324



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

ELSA MARGOTH MEZA RUIZ
Identificada con cédula No. 50871074

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : ELSA MARGOTH MEZA RUIZ

Historia : 50871074

Doc. Id : 50871074

Edad/Sexo: 57 / F

Teléfono :

Remisión : 75010789

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:45:03

Primera Impresión : 19/02/2026 12:23:04

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:04:46

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color

Consistencia

ESTUDIO MICROSCOPICO

Hemates

Flora cocobacilar

Blastoconidias

Blastoconidias en gemacion

Pseudomicelios

Celulas vegetales

Fibras musculares

Leucocitos

Almidon parcialmente digerido

Grasas

Jabones

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es

Negativo para Parasitos Intestinales

Pardo

Pastosa

0-2

xcampo

Disminuida

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

0-2

x campo

+

++

+

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos

Bacilos gram positivos

Bacilos gram negativos

levaduras

+

No se observa.

No se observa.

No se observa.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a ELSA MARGOTH MEZA RUIZ con CC N° 50871074 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

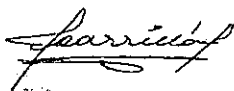
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



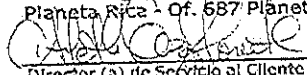
DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141159493759			
		 (415)7707212489984(8020) 000014115949375 9			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 0 8 7 1 0 7 4		6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Montaña	
				14. Buzón electrónico	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de identificación 5 0 8 7 1 0 7 4	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Córdoba		30. Ciudad/Municipio Planeta Rica	
31. Primer apellido MEZA		32. Segundo apellido RUIZ		33. Primer nombre ELSA	
				34. Otros nombres MARGOTH	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Córdoba		40. Ciudad/Municipio Planeta Rica	
41. Dirección principal VDA LA GRANJITA					
42. Correo electrónico elsamargothmezarui@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					
46. Código 4 7 5 5		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 0 1 0 2		48. Código 4 7 9 9	
		49. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 0 1 0 2		50. Código 1 2	
				51. Código	
				52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
57. Modo					
58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario «RUT», tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de folios: 0					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre MEZA RUIZ ELSA MARGOTH					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					

Planeta Rica, 29 de enero de 2026

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este **ELSA MARGOTH MEZA RUIZ** identificado con C.C.50871074, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha de apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	687-069161-92	2020/01/29	Activa

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607) 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelaida Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín.

BANCOLOMBIA
Planeta Rica - Of. 687 Planeta Rica

Director (a) de Servicio al Cliente N° 300
Cédula N° 1.069406160

ARLETH GUZMÁN LLORENTE**Subgerente**

Oficina 687 – Sucursal Planeta Rica

Correo corporativo: arguzman@bancolombia.com.co

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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
EMPLEADO SECTOR PRIVADO		
EMPLEADO SECTOR PUBLICO		
MANIPULADORA DE ALIMENTOS	2	
TIEMPO TOTAL	2	

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 MENCIONADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Noxelis Morales

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.063.357.624

MORALES SUAREZ

APELLIDOS

NORELVIS DEL CARMEN

NOMBRES

Norelvis morales

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-FEB-1994
PUERTO LIBERTADOR
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

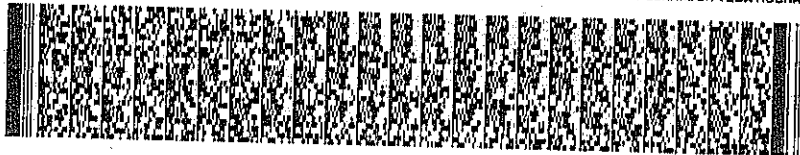
F

SEXO

14-JUN-2013 PLANETA RICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1303100-01329136-F-1063357624-20221117

0090440529A 1

8506081506



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

NORELVIS DEL CARMEN MORALES SUAREZ
Identificada con cédula No. 1063357624

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : NORELVIS DEL CARMEN MORALES ZUARES

Historia : 1063357624

Doc. Id : 1063357624

Edad/Sexo: 32 / F

Teléfono :

Remisión : 75010790

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:45:19

Primera Impresión : 19/02/2026 12:23:11

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.
Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:01:48

Jeraldine Páez
JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color	Pardo	
Consistencia	Pastosa	
Hematies	0-2	xcampo
Flora cocobacilar	Normal	
Blastoconidias	No se observaron	
Blastoconidias en gemacion	No se observaron	
Pseudomicelios	No se observaron	
Celulas vegetales	No se observaron	
Fibras musculares	No se observaron	
Leucocitos	0-2	x campo
Almidon parcialmente digerido	+	
Grasas	++	
Jabones	+	

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos	+
Bacilos gram positivos	No se observa.
Bacilos gram negativos	No se observa.
levaduras	No se observa.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a NORELVIS DEL CARMEN MORALES SUAREZ con CC N° 1063357624 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

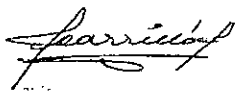
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

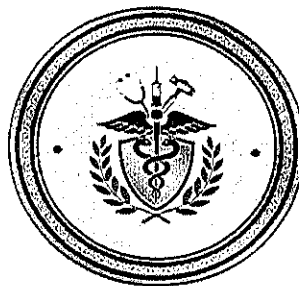
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

14965891119



(415)7707212489984(8020) 000001496589111 9

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 6 3 3 5 7 6 2 4

9

Impuestos y Aduanas de Montería

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1

3

26. Número de identificación

1 0 6 3 3 5 7 6 2 4

27. Fecha expedición

2 0 1 3 0 6 1 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1

6

9

29. Departamento

Córdoba

2

3

30. Ciudad/Municipio

Planeta Rica

5

5

5

31. Primer apellido

MORALES

32. Segundo apellido

SUAREZ

33. Primer nombre

NORELVIS

34. Otros nombres

DEL CARMEN

35. Razón social

35. Nombre comercial

37. Siglas

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1

6

9

39. Departamento

Córdoba

2

3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5

7

0

41. Dirección principal

VRD BALASTERA 1

42. Correo electrónico

jsdoebei3lr@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 2 5 7 3 6 7 5 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 1 2 0 4

Actividad económica

Actividad secundaria

48. Código

1

49. Fecha inicio actividad

1

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

1

52. Número

establecimientos

1

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

X

NO

60. No. de Folios

3

61. Fecha

2023 - 12 - 04 / 10 : 03 : 50

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORALES SUAREZ NORELVIS DEL CARMEN

985. Cargo Contribuyente

Certificado de depósito de bajo monto

Miércoles, 12 de febrero de 2025

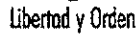
A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que NORELVIS MORALES SUAREZ identificado con cédula de ciudadanía 1063357624, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3225736753	87074872586	ACTIVA	12-02-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi



Persona Natural

ENTIDAD RECEPTORA

PRIMER APELLIDO OVIEDO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DURANGO		NOMBRES LICETH PAOLA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 26.067.291			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA 26 MES 10 AÑO 1983 DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA VEREDA CORCOVAO PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3022547698 EMAIL licethpaolaoviedo@gmail.com		

[illegible]

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

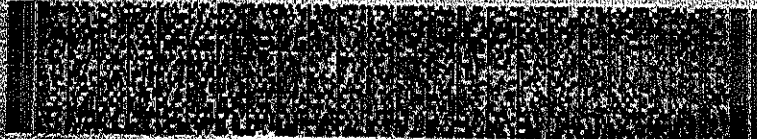
3 EXPERIENCIA LABORAL

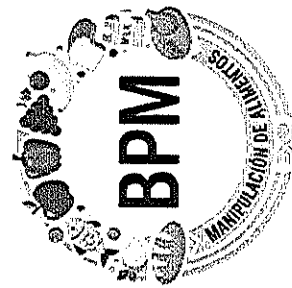
RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD DUFLO SERVICIOS GENERALES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CORDOBA	MUNICIPIO PUEBLO NUEVO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6018966336	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 02 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 02 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO SERVICIO GENERALES	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA		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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
26067291
 NUMERO
OVIEDO DURANGO
 APELLIDOS
LICETH PAOLA
 NOMBRES
Liceth P Oviedo D
 FIRMA



 FECHA DE NACIMIENTO **26-OCT-1983**
PUEBLO NUEVO
 (CORDOBA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 **0+** **F**
 ESTATURA G.S. RH SEXO
18-JUN-2002 PUEBLO NUEVO
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
 NOCEDERCHO
 REGISTRADOR NACIONAL
 NNN DOBRE RECORDAR

 P-1305100-38108803-F-0026067291-20021030 05290 02302A 01 126962355



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

LICETH PAOLA OVIEDO DURANGO
Identificada con cédula No. 26067291

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.



Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : LICETH PAOLA OVIEDO DURANGO

Historia : 26067291

Doc. Id : 26067291

Edad/Sexo: 42 / F

Teléfono :

Remisión : 75010796

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:47:04

Primera Impresión : 19/02/2026 12:23:47

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozonas.

Validación: 05/02/2026 17:04:56

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hemates
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas

Cafe
Dura
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

+
No se observa.
No se observa.
No se observa.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

Muestra negativa para estructuras micoticas

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a LICETH PAOLA OVIEDO DURANGO con CC N° 26067291 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

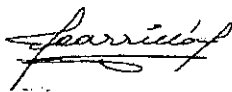
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



DIAN

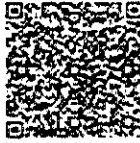
Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

4. Número de formulario

141159535997



14151776721248998416020: 0000141159535997

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 6 0 6 7 2 9 ;

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montería

1

2

14. Buro 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

2 6 0 6 7 2 9 1

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

8 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

OVIEDO

32. Segundo apellido

DURANGO

33. Primer nombre

LICETH

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VRD CORCOVADO CALLE PRINCIPAL

42. Correo electrónico

licethpaolaoviedo@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 2 2 5 4 7 6 9 8

45. Teléfono 2

3 1 1 6 5 3 2 6 2 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

Actividad secundaria

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 2 9 9 | 2 0 2 5 0 2 0 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

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Fotos:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser veraz 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 1.0.1.2.0 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera se formalizará el trámite si el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1551 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre OVIEDO DURANGO LICETH PAOLA

985. Cargo Contribuyente



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

Libertad y Orden

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Romero</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Simanca</u>	NOMBRES <u>Delcy Cecilia</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>50934726</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>02</u> MES <u>20</u> AÑO <u>1981</u> PAÍS <u>colombia</u> DEPTO. MUNICIPIO <u>pueblo nuevo</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Vereda Apartada los limones</u> PAÍS <u>colombia</u> DEPTO. <u>cordoba</u> MUNICIPIO <u>pueblo nuevo</u> TELÉFONO <u>3135575595</u> 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: <u>Bachiller</u>		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	AÑO	
											<u>12</u>	<u>2016</u>	

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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 consorcio Nutriendo Futuros	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS colombia
DEPARTAMENTO cordoba	MUNICIPIO Pueblo Nuevo	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD delfyromer@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Manipuladora de alimentos	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Manipuladora de Alimento		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).

Delfy Romero

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

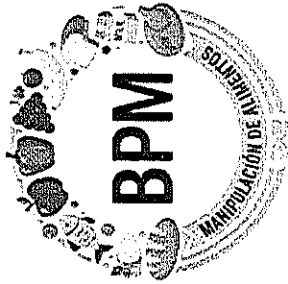


6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

DELFY CECILIA ROMERO SIMANCA
Identificada con cédula No. 50934726

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys/Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : DELFI ROMERO SIMANCA

Historia : 50934726

Doc. Id : 50934726

Edad/Sexo: 44 / F

Teléfono :

Remisión : 75010797

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:47:18

Primera Impresión : 19/02/2026 12:23:52

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Flocculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.
Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:01:56

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hematies
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Jabones

Cafe
Blanda
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

.
.

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

**REACCION POLIMORFO NUCLEAR
GRAM**

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

Escasa

No se observan.
+
No se observan.
No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Muestra

Raspado de uña

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica María Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a DELFY CECILIA ROMERO SIMANCA con CC N° 50934726 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

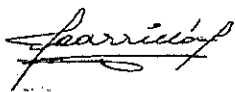
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.934.726

ROMERO SIMANCA

APELLIDOS

DELFY CECILIA

NOMBRES

Delfy Romero

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1981

EL BAGRE
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

15-OCT-1999 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1303100-00164529-F-0050934726-20090728

0013983084A 1 28030999



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Libertad y Orden

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MONTIEL	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DIAZ	NOMBRES YUDIS AURORA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 26.067.250	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
PAÍS COLOMBIA		
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 03 MES 04 AÑO 1 9 8 2 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO SAHAGUN	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA VEREDA LOS PALOS MELLOS PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 324 292 9312 EMAIL Yudismontiel1981@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: BASICA PRIMARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		
FECHA DE GRADO												
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN			No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO		

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
TOTAL TIEMPO DE 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 _____

Judis Montiel Díaz
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

NUMERO **26.067.250**

MONTIEL DIAZ

APELLIDOS

YUDIS AURORA

NOMBRES

Yudis Montiel D

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

03-ABR-1982

SAHAGUN
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

16-ABR-2002 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1303100-00705526-F-0026067250-20150514

0044140773A 1

41879053



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

YUDIS MONTIEL DIAZ
Identificada con cédula No. 26067250

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : YUDIS AURORA MONTIEL DIAZ

Historia : 26067250

Doc. Id : 26067250

Edad/Sexo: 43 / F

Teléfono :

Remisión : 75010798

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:47:34

Primera Impresión : 19/02/2026 12:23:58

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:01:57

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color	Amarillo
Consistencia	Blanda
Hematies	0-2 xcampo
Flora cocobacilar	Normal
Blastoconidias	No se observaron
Blastoconidias en gemacion	No se observaron
Pseudomicelios	No se observaron
Celulas vegetales	No se observaron
Fibras musculares	No se observaron
Leucocitos	0-2 x campo
Almidon parcialmente digerido	+
Grasas	+
Jabones	+
EXAMEN PARASITOLOGICO	
La muestra examinada es	.
Negativo para Parasitos Intestinales	.

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM	Escasa
Cocos gram positivos	+
Bacilos gram positivos	No se observan.
Bacilos gram negativos	No se observan.
levaduras	No se observan.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a YUDIS MONTIEL DIAZ con CC N° 26067250 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

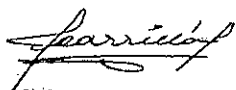
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

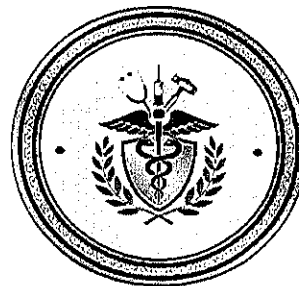
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09





(+57) 300 600 0100

Carrera 48 # 26 - 85
Medellin Colombia

www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 30 de enero de 2026

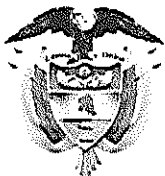
A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que YUDIS MONTIEL identificado con cédula de ciudadanía 26067250, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3242929312	87067592260	ACTIVA	06-04-2024

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi



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 LOPEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MANCHEGO	NOMBRES MARÍA ESTHER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 50949533	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 23 MES 11 AÑO 1977 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 2 CR 2-71 Vereda Apartada Betulia PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3126250946 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.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN			No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO		

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

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 HOGAR LAS ESTRELLITAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CORDOBA	MUNICIPIO PUEBLO NUEVO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO MANIPULADORA DE ALIMENTOS	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN VDA. APARTADA DE BETULIA	
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 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 ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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	1	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	1	10

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 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Maira Lopez

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

NUMERO **50.949.533**
LOPEZ MANCHEGO

APELLIDOS
MAIRA ESTHER

NOMBRES

Maira Esther Lopez Manchego

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-NOV-1977**
PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **AB+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-NOV-1996 PUEBLO NUEVO

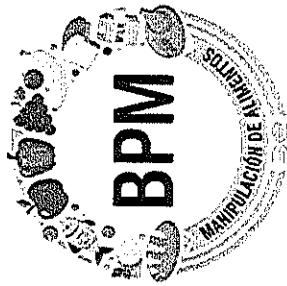
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1303100-00210517-F-0050949533-20100125

0020269207A 1

30384622



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

MAIRA ESTHER LOPEZ MANCHEGO
Identificada con cédula No. 50949533

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : MAIRA ESTHER LOPEZ MANCHEGO

Historia : 50949533

Doc. Id : 50949533

Edad/Sexo: 48 / F

Teléfono :

Remisión : 75010802

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:49:25

Primera Impresión : 19/02/2026 12:24:22

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:00

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hematies
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas
Jabones

Amarillo
Pastosa
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
++
+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

.
.

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

Escasa

+
No se observan.
No se observan.
No se observan.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a MAIRA ESTHER LOPEZ MANCHEGO con CC N° 50949533 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

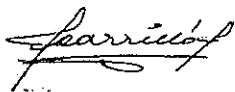
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



Viernes, 23 de enero de 2026

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **MAIRA ESTHER LOPEZ MANCHEGO**, identificado con CC. **50.949.533**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	68797329006	2026/01/23	ACTIVA

***Importante:** esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín: (604) 510 90 00, Cali: (602) 554 05 05, Barranquilla: (605) 361 88 88, Cartagena: (605) 693 44 00, Bucaramanga: (607) 697 25 25, Pereira: (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345, desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelaida Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín.

BANCOLOMBIA
Planeta Rica Of. 687/Planeta Rica
Asesor de servicios No. 155
Cédula No. *1005108*



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO REYES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MARTINEZ	NOMBRES JOSEFA DEL CRAMEN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 1.067.280.780	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL ☒ EXTRANJERO ☐ COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 1,1 MES 1,0 AÑO 1,9,7,2 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA VEREDA LA VAQUETA PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3136424655 EMAIL Revesmartinezjosefa225@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: BASICA PRIMARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1o.	☒	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	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
ACADÉMICA							

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE 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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Joseka Reyes
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 _____



Apellidos
REYES MARTINEZ

Nombres
JOSEFA DEL CARMEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
11 OCT 1972

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PUEBLO NUEVO (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición
08 JUN 2004, PUEBLO NUEVO

Firma

Josefa Reyes

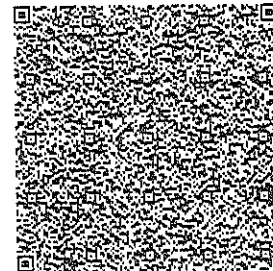
Fecha de expiración
12 AGO 2034



.CO

052347010

Hernán Penagos Giraldo
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL052347010013031<<<<<<<<<<
7210110F3408124COL1067280780<5
REYES<MARTINEZ<<JOSEFA<DEL<CAR



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

JOSEFA DEL CARMEN REYES MARTINEZ
Identificada con cédula No. 1067280780

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilis Acosta
Amarilis Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : JOSEFA DEL CARMEN REYES MARTINEZ

Historia : 1067280780

Doc. Id : 1067280780

Edad/Sexo: 43 / F

Teléfono :

Remisión : 75010804

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:50:57

Primera Impresión : 19/02/2026 12:24:33

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.
Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:00

Jeraldine Páez
JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color	Amarillo	
Consistencia	Blanda	
Hematies	0-2	xcampo
Flora cocobacilar	Normal	
Blastoconidias	No se observaron	
Blastoconidias en gemacion	No se observaron	
Pseudomicelios	No se observaron	
Celulas vegetales	No se observaron	
Fibras musculares	No se observaron	
Leucocitos	0-2	x campo
Almidon parcialmente digerido	+	
Grasas	++	

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos	+
Bacilos gram positivos	No se observan.
Bacilos gram negativos	No se observan.
levaduras	No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a JOSEFA DEL CARMEN REYES MARTINEZ con CC N° 1067280780 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

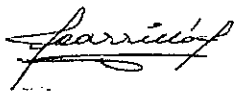
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario

141160220727



(415)7707212489984(8020) 000014116022072 7

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 7 2 8 0 7 8 0 1

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montaña

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

1 0 6 7 2 8 0 7 8 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

REYES

32. Segundo apellido

MARTINEZ

33. Primer nombre

JOSEFA

34. Otros nombres

DEL CARMEN

5. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VRD LA BAQUETA

42. Correo electrónico

reyesmartinezjosefa225@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 6 4 2 4 6 5 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

0 0 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 6 0 7 2 0

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre REYES MARTINEZ JOSEFA DEL CARMEN

985. Cargo Contribuyente

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 22 de agosto de 2025

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que JOSEFA REYES MARTINEZ identificado con cédula de ciudadanía 1067280780, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3136424655	87074878251	ACTIVA	12-02-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi



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 URAN		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SANCHEZ		NOMBRES INGRI PAOLA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.003.357.990		SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
PAÍS Colombia		D.M. Colombia			
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 08 MES 04 AÑO 1998 PAÍS Colombia DEPTO Córdoba MUNICIPIO Pueblo Nuevo			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Vereda El Piñal PAÍS Colombia DEPTO Córdoba MUNICIPIO Pueblo nuevo TELÉFONO 3145820549 EMAIL uransanchezingrispaola@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	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 NO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO				TERMINACIÓN MES 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			LO LEE			LO ESCRIBE		
				R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL					X			X			X	

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 X	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 X	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SECTOR PRIVADO		
SECTOR PUBLICO		
INDEPENDIENTE		
TOTAL	0	0

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 Pueblo nuevo - 30 de enero del 2026

Ingrés Paez Uribe Sanchez
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

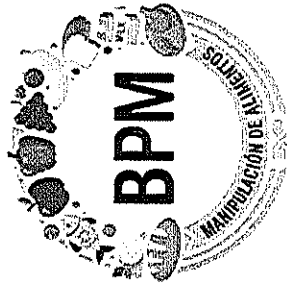


6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

INGRI PAOLA URAN SANCHEZ
Identificada con cédula No. 1003357990

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : INGRID PAOLA URAN SANCHEZ

Historia : 1003357990

Doc. Id : 1003357990

Edad/Sexo: 27 / F

Teléfono :

Remisión : 75010805

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:51:12

Primera Impresión : 19/02/2026 12:24:37

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.
Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:01

Jeraldine Páez
JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color	Amarillo	
Consistencia	Blanda	
Hematies	0-2	xcampo
Flora cocobacilar	Aumentada	
Blastoconidias	No se observaron	
Blastoconidias en gemacion	No se observaron	
Pseudomicelios	No se observaron	
Celulas vegetales	No se observaron	
Fibras musculares	No se observaron	
Leucocitos	0-2	x campo
Almidon parcialmente digerido	+	
Grasas	++	

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos	+
Bacilos gram positivos	No se observan.
Bacilos gram negativos	No se observan.
levaduras	No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a INGRI PAOLA URAN SANCHEZ con CC N° 1003357990 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

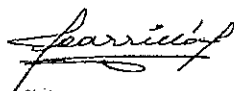
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.003.357.990

URAN SANCHEZ

APELLIDOS

INGRI PAOLA

NOMBRES

Ingris Uran Sanchez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1998
PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

12-OCT-2016 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1303100-00868807-F-1003357990-20161129

0052377459A 1

47295290



Persona Natural

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

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MURILLO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PASTRANA		NOMBRES YARLEIDES PATRICIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1.003.359.492</u>			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>25</u> MES <u>11</u> AÑO <u>1988</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CORDOBA</u> MUNICIPIO <u>PUEBLO NUEVO</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>VEREDA EL TESERO</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CORDOBA</u> MUNICIPIO <u>PUEBLO NUEVO</u> TELÉFONO <u>3218624357</u> EMAIL <u>murilloyarleidis98@gmail.com</u>		

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: BACHILLER ACADEMICO											
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO									
1o.	2o.	3o.	4o.	☒	6o.	7o.	8o.	☒	10	☒	MES		12	AÑO		2010					

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), ES (ESPECIALIZACIÓN),	TL (TECNOLÓGICA), MG (MAESTRÍA O MAGISTER),	TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), DOC (DOCTORADO O PHD),	UN (UNIVERSITARIA),
--	--	---	---------------------

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

[illegible]

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

[illegible]

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

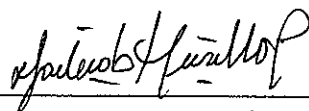
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
EMPLEADO SECTOR PRIVADO		3
EMPLEADO SECTOR PUBLICO		
INDEPENDIENTE		
TIEMPO TOTAL		3

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).



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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

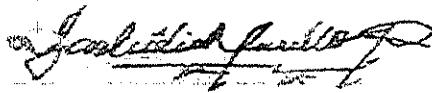
NUMERO 1.003.359.492

MURILLO PASTRANA

APELLIDOS

YARLEIDES PATRICIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1988

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

08-FEB-2008 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1303100-00106367-F-1003359492-20081021

0004667509A 2

27963865



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

YARLEIDES PATRICIA MURILLO PASTRANA
Identificada con cédula No. 1003359492

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : YARLEIDIS PATRICIA MURILLO PASTRANA

Historia : 1003359492

Doc. Id : 1003359492

Edad/Sexo: 37 / F

Teléfono :

Remisión : 75010806

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:51:26

Primera Impresión : 19/02/2026 12:24:42

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:02

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hematies
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Jabones

Amarillo
Blanda
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

.

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

Escasa

No se observan.
+
No se observan.
No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a YARLEIDES PATRICIA MURILLO PASTRANA con CC N° 1003359492 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

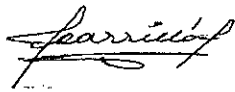
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09





(+57) 300 600 0100

Carrera 48 # 26 - 85
Medellin Colombia

www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 30 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que YARLEIDES PATRICIA MURILLO PASTRANA identificado con cédula de ciudadanía 1003359492, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3218624357	87069916074	ACTIVA	26-06-2024

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

Defensor Consumidor Financiero: Maria Adelaida Calle - defensor@bancolombia.com.co - Cr 48A #18A 14, Piso 9 - Medellin - Tel: +57 (604) 3561225



Producto protegido por
el Seguro de Depósitos
www.fogafin.gov.co



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Zabaleta</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Martinez</u>	NOMBRES <u>Lina Marcela</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. _____	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>24</u> MES <u>09</u> AÑO <u>1984</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cordoba</u> MUNICIPIO <u>planeta Rica</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS _____ DEPTO _____ MUNICIPIO _____ 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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
					☒							

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

	OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
		AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO			
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO			
TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		1 año	

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 _____

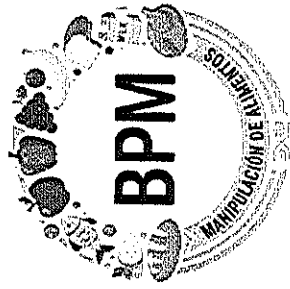
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

LINA MARCELA ZABALETA MARTINEZ
Identificada con cédula No. 1066722729

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.



Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : LINA MARCELA ZABALETA MARTINEZ

Historia : 1066722729

Doc. Id : 1066722729

Edad/Sexo: 41 / F

Teléfono :

Remisión : 75010814

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:55:21

Primera Impresión : 19/02/2026 12:25:36

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:08

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hemates
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas

Amarillo
Pastosa
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
++

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

Escasa

+
No se observan.
No se observan.
No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Muestra

Raspado de uña

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a LINA MARCELA ZABALETA MARTINEZ con CC N° 1066722729 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

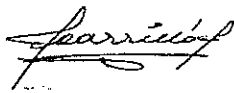
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

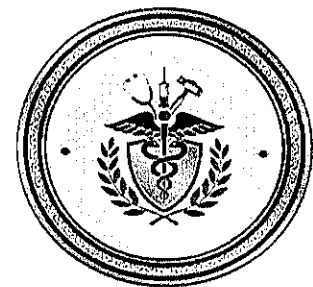
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.066.722.729

ZABALETA MARTINEZ

APELLIDOS

LINA MARCELA

NOMBRES

Lina Marcela Zabaleta

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1984
PLANETA RICA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

O+

F

ESTATURA

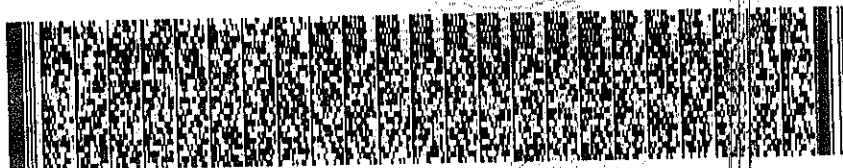
G.S. RH

SEXO

09-NOV-2006 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1303100-00946978-F-1066722729-20171013

0058147417G 1

0901774036

Nequi

☎ (+57) 300 600 0100

📍 Carrera 48 # 26-55
Medellín Colombia

🌐 www.nequi.com.co

Certificado de Depósito de Bajo Monto

Jueves, 13 de marzo de 2025

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que LINA MARCELA ZABALETA MARTINEZ identificado Cédula de ciudadanía 1066722729, al día de hoy es titular de un Depósito de Bajo Monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Fecha de Apertura	Estado	Número de producto interno
3218256822	12/03/2025	ACTIVA	87075577172

Para traslados, pagos desde empresas y nómina tu cuenta siempre será tu número de celular y el código de Nequi en ACH Colombia es 1507

Un Saludo

Equipo Nequi

Defensor Consumidor Financiero: María Adelaida Calle - defensor@bancolombia.com.co - Cr. 43A #18A 14, Piso 9 - Medellín - Tel: +57 (604) 3561225

BANCO COMERCIAL DE COLOMBIA

SUPERVISADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO



Fogafin
Seguro de Depósitos

Producto protegido por
el Seguro de Depósitos
www.fogafin.com.co



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 AYALA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AYALA	NOMBRES NAIDUTH DEL CARMEN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1069475601	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐ COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 18 MES 11 AÑO 1993 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA NUEVA ESPERANZA PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3105217516 EMAIL naiduthayala@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.	☒ 10o.	11o.	MES 12 AÑO 2012	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURA CRONOLÓGICA, 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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 PAE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CORDOBA	MUNICIPIO PUEBLO NUEVO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MANIPULADORA DE ALIMENTOS	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1 AÑO	12 MESES
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 _____

Naudeth del C. Aguila A.
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

NUMERO 1.069.475.601

AYALA AYALA

APELLIDOS

NAIDUTH DEL CARMEN

NOMBRES

Naiduth Ayala

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

18-NOV-1993

SAHAGUN
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

24-ABR-2013 SAHAGUN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1303700-00442267-F-1069475601-20130623

0033576988A 1

39964211



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

NAIDUTH DEL CARMEN AYALA AYALA
Identificada con cédula No. 1069475601

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : NAIDUITH DEL CARMEN AYÁLA AYALA

Historia : 1069475601

Doc. Id : 1069475601

Edad/Sexo: 32 / F

Teléfono :

Remisión : 75010815

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:55:36

Primera Impresión : 19/02/2026 12:25:44

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.
Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:09

Jeraldine Páez
JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hematies
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas

Amarillo
Blanda
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

,
,

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

Escasa

+
No se observan.
No se observan.
No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

Muestra

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a NAIDUTH DEL CARMEN AYALA AYALA con CC N° 1069475601 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

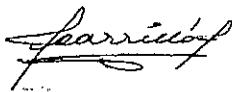
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

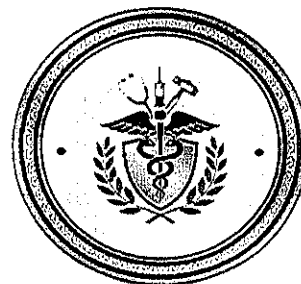
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141211323818



(415)7707212469984(8020) 000014121132381 8

5. Número de identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 9 4 7 5 6 0 1

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico

1 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 6 9 4 7 5 6 0 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Sahagún

6 6 0

31. Primer apellido

AYALA

32. Segundo apellido

AYALA

33. Primer nombre

NAIDUTH

34. Otros nombres

DEL CARMEN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

CORR NUEVA ESPERANZA

42. Correo electrónico

naiduthayala@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 5 2 1 7 5 1 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

1 0 6 4

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 5 0 9 2 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre AYALA AYALA NAIDUTH DEL CARMEN

985. Cargo CONTRIBUYENTE



(+57) 300 600 0100

Carrera 48 # 26 - 85
Medellin Colombia

www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Jueves, 29 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que NEIDUTH DEL CARMEN AYALA AYALA identificado con cédula de ciudadanía 1069475601, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3105217516	87051491116	ACTIVA	09-08-2021

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HERRERA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERRERA	NOMBRES YURLIDIS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 1.003.361.091	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO 11.105.555	D.M 13
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA 19 MES 07 AÑO 1998 DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA VEREDA ARENA DEL SUR PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3218768509 EMAIL herrerayurlidis@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: BACHILLER ACADEMICO		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11X	MES	AÑO	
											11	2015	

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3-3 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	

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 199

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
PUBLICO	2	18
PUBLICO		
PRIVADO		
TOTAL	5	2
	8	8

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 INCOM- PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA- CIÓN 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).

Yuridis Herrera Herrera

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

2000年12月29日

Apellidos
HERRERA HERRERA

Names
YURLIDIS

Nacionalidad:
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
19 JUL 1998

GS.
A+

Lugar de nacimiento
PUEBLO NUEVO (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición
17 NOV 2016, PUEBLO NUEVO

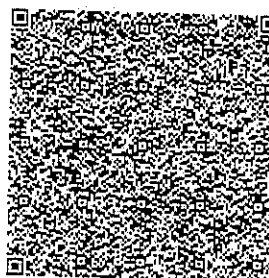
Firma

Yurliidis Herrera

Fecha de expiración
22 ABR 2035

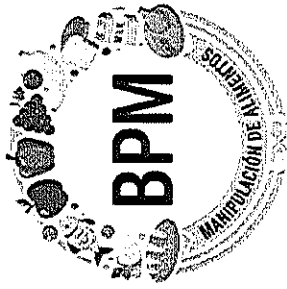
CO

059539722



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL059539722413031<<<<<<<<
9807198F3504222COL1003361091<2
HERRERA<HERRERA<<YURLIDIS<<<<<



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

YURLIDIS HERRERA HERRERA
Identificada con cédula No. 10033361091

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : YURLIDIS HERRERA HERRERA

Historia : 1003361091

Doc. Id : 1003361091

Edad/Sexo: 27 / F

Teléfono :

Remisión : 75010816

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:55:52

Primera Impresión : 19/02/2026 12:25:52

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:09

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color

Consistencia

Hematies

Flora cocobacilar

Blastoconidias

Blastoconidias en gemacion

Pseudomicelios

Celulas vegetales

Fibras musculares

Leucocitos

Almidon parcialmente digerido

Grasas

Jabones

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es

Negativo para Parasitos Intestinales

Amarillo

Dura

0-2

xcampo

Normal

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

0-2

x campo

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

++

++

++

++

++

++

++

++

++

++

++

++

++

++

++

++

++

Escasa

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

No se observan.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a YURLIDIS HERRERA HERRERA con CC N° 1003361091 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

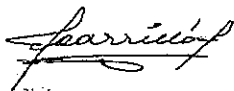
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

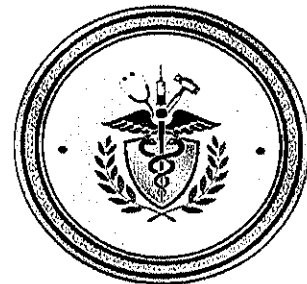
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

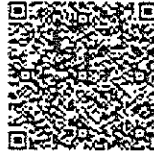
DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

141233107488



(415)770721248984(8020) 000014123310748 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 0 3 3 6 1 0 9 1 0

Impuestos y Aduanas de Montorio

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 0 3 3 6 1 0 9 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

HERRERA

32. Segundo apellido

HERRERA

33. Primer nombre

YURLIDIS

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VRD CL VRD ARENA DEL SUR

42. Correo electrónico

herrerayurlidis@gmail.com

43. Código postal

2 3 5 7 0

44. Teléfono 1

3 2 1 8 7 6 8 5 0 9

45. Teléfono 2

3 1 1 7 2 1 8 3 7 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

0 1 6 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 6 0 1 1 5

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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 - 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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERRERA HERRERA YURLIDIS

985. Cargo Contribuyente



(+57) 300 600 0100

Carrera 48 # 26 - 85
Medellin Colombia

www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Sábado, 31 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que YURLIDIS HERRERA HERRERA identificado con cédula de ciudadanía 1003361091, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3218768509	87072484924	ACTIVA	28-10-2024

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

Defensor Consumidor Financiero: Maria Adelayda Calle - defensor@bancolombia.com.co - Cr 48A #18A 14, Piso 9 - Medellin - Tol: +57 (604) 3561225



Fogafin
Asociación Financiera

Producto protegido por
el Seguro de Depósitos
www.fogafin.gov.co



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GUERRA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VERONA	NOMBRES LIBIA KARINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.067.280.839	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 11 MES 06 AÑO 2004 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CORREGIMIENTO EL CONTENIDO PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3116905954 EMAIL Yepajive1304@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: BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	☒	MES 12	AÑO 2006	

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN					No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO				
CURSO	2 HORAS	X		MANIPULACION DE ALIMENTOS	03	2	0	1	8	
CURSO	5 HORAS	X		MANIPULACION DE ALIMENTOS	02	2	0	1	8	
CURSO	10 HORAS	X		MANUFACTURA	08	2	0	1	7	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE 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 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Lidia Karina Guerra
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
CECULA DE CIUDADANIA

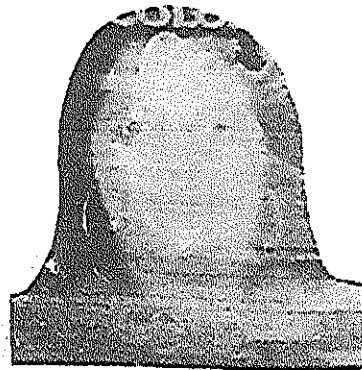
NUMERO 1.067.280.839
GUERRA VERONA

APELLIDOS
LIBIA KARINA

NOMBRES

Libia Guerra

FIRMA



INDICE DERECHO

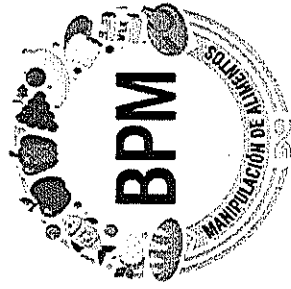
FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1986
PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-JUN-2004 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1303200-00577596-F-1067280839-20140527 0038819126A 1 42094020



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

LIBIA KARINA GUERRA VERONA
Identificada con cédula No. 1067280839

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : LIBIA KARINA GUERRA VERONA

Historia : 1067280839

Doc. Id : 1067280839

Edad/Sexo: 40 / F

Teléfono :

Remisión : 75010819

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:58:25

Primera Impresión : 19/02/2026 12:26:19

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:15

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color

Consistencia

Hematies

Flora cocobacilar

Blastoconidias

Blastoconidias en gemacion

Pseudomicelios

Celulas vegetales

Fibras musculares

Leucocitos

Almidon parcialmente digerido

Grasas

Jabones

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es

Negativo para Parasitos Intestinales

Pardo

Pastosa

0-2

xcampo

Normal

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

0-2

x campo

+

+

+

Escasa

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos

Bacilos gram positivos

Bacilos gram negativos

levaduras

No se observan.

+

No se observan.

No se observan.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a LIBIA KARINA GUERRA VERONA con CC N° 1067280839 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

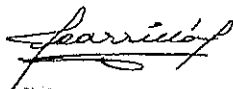
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

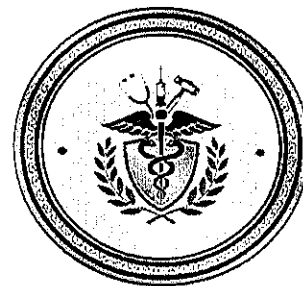
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción		4. Número de formulario 14869140900			
		 (415)7707212489984(8020) 000001486914090 0			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 6 7 2 8 0 8 3 9		6. DV 7	12. Dirección seccional Impuestos de Mediana		14. Buzón electrónico
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	26. Número de Identificación 1 0 6 7 2 8 0 8 3 9		27. Fecha expedición 2 0 0 4 0 6 1 7
Lugar de expedición		28. País COLOMBIA	29. Departamento Córdoba		30. Ciudad/Municipio Pueblo Nuevo
31. Primer apellido GUERRA		32. Segundo apellido VERONA	33. Primer nombre LIBIA		34. Otros nombres KARINA
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Antioquia		40. Ciudad/Municipio Caucasia	
41. Dirección principal BRR PUEBLO NUEVO					
42. Correo electrónico m.iner.oscauc.a.1@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 3 1 1 7 8 4 0 4 7 3		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					
Actividad principal 46. Código 0 7 2 2		Actividad secundaria 48. Código		Otras actividades 50. Código 1 2	
47. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 0 5 1 2		49. Fecha inicio actividad		51. Código	
52. Número establecimiento					
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 ☒ NO ☐		60. No. de Folios: 2		61. Fecha 2022-10-04/09:02:39	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formular el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:		
Firma del solicitante:			984. Nombre GUERRA VERONA LIBIA KARINA 985. Cargo Contribuyente		



(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellin Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Martes, 28 de octubre de 2025

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que LIBIA KARINA GUERRA VERONA identificado con cédula de ciudadanía 1067280839, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3113036263	87075938201	ACTIVA	17-03-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

Defensor Consumidor Financiero: Maria Adelaida Calle - defensor@bancolembia.com.co - Cr 48A #18A 14, Piso 9 - Medellin - Tel: +57 (604) 3561225



Producto protegido por
el Seguro de Depósitos
www.fogafin.gov.co



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BUSTAMANTE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PAYARES	NOMBRES YINICELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 1.067.292.226	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 1,4 MES 1,1 AÑO 1,9,9,6 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA VEREDA EL CONTENIDO PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3107427685 EMAIL vinicelabustamante@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: BASICA PRIMARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	☒	MES 1,2 AÑO 2,0,1,3	

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.292.226

BUSTAMANTE PAYARES

APELLIDOS

YINICELA

NOMBRES



Yinicela Bustamante

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-NOV-1996

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

15-ENE-2015 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1303100-00875673-F-1067292226-20150305

0043432107A 1

43643134



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

YINICELA BUSTAMANTE PAYARES
Identificada con cédula No. 1067292226

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.



Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : YINICELA BUSTAMANTE PAYARES

Historia : 1067292226

Doc. Id : 1067292226

Edad/Sexo: 29 / F

Teléfono :

Remisión : 75010895

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 02/02/2026 11:57:29

Primera Impresión : 19/02/2026 12:30:41

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 19/02/2026 08:22:13

Juan Camilo

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color

Consistencia

Hemates

Flora cocobacilar

Blastoconidias

Blastoconidias en gemacion

Pseudomicelios

Celulas vegetales

Fibras musculares

Leucocitos

Almidon NO digerido

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es

Negativo para Parasitos Intestinales

Cafe

Dura

0-2

xcampo

Disminuida

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

0-2

x campo

+

Escasa

+

No se observan.

No se observan.

No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

Muestra

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Raspado de uña

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a YINICELA BUSTAMANTE PAYARES con CC N° 1067292226 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

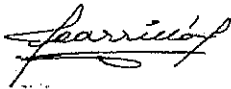
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

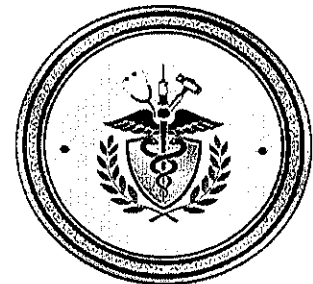
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

14812836665



(415)7707212489984(8020) 000001481283666 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 7 2 9 2 2 2 6

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 6 7 2 9 2 2 2 6

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

BUSTAMANTE

32. Segundo apellido

PAYARES

33. Primer nombre

YINICELA

34. Otros nombres

3. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Montería

0 0 1

41. Dirección principal

MCP PUEBLO NUEVO

42. Correo electrónico

garavitogilma1@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 7 4 2 7 6 8 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 2 9 9

2 0 2 2 0 2 1 6

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice,

Firma autorizada:

984. Nombre BUSTAMANTE PAYARES YINICELA

985. Cargo Contribuyente

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 30 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que YINICELA BUSTAMANTE PAYARES identificado con cédula de ciudadanía 1067292226, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3107427685	87076756187	ACTIVA	28-03-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BARRERA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LAZA	NOMBRES LUDIS ISABEL		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 26.066.916		SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____				
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 06 MES 02 AÑO 1977 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PLANETA RICA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 13 - 180 RABO MOCHO PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3234097683 EMAIL noriegaalejandra415@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	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	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
ACADÉMICA							

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES

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 56. DE LA LEY 190/95).

Ludis Barrera

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

NUMERO 26.066.916

BARRERA LAZA

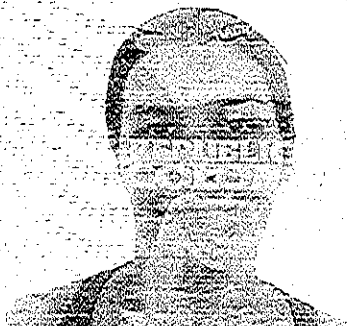
APELLIDOS

LUDIS ISABEL

NOMBRES

Ludis Barrera

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1977

PLANETA RICA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

28-NOV-2001 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1303100-00705526-F-0026066916-20150514

0044140728A 1

43499348



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

LUDIS ISABEL BARRERA LAZA
Identificada con cédula No. 26066916

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : LUDIS ISABEL BARRERA LAZA

Historia : 26066916

Doc. Id : 26066916

Edad/Sexo: 49 / F

Teléfono :

Remisión : 75010821

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 15:59:08

Primera Impresión : 19/02/2026 12:26:35

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:16

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color

Consistencia

Hematies

Flora cocobacilar

Blastoconidias

Blastoconidias en gemacion

Pseudomicelios

Celulas vegetales

Fibras musculares

Leucocitos

Almidon parcialmente digerido

Grasas

Jabones

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es

Negativo para Parasitos Intestinales

Cafe

Blanda

0-2

xcampo

Normal

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

0-2

x campo

+

+

+

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos

Bacilos gram positivos

Bacilos gram negativos

levaduras

Escasa

+

No se observan.

No se observan.

No se observan.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a LUDIS ISABEL BARRERA LAZA con CC N° 26066916 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

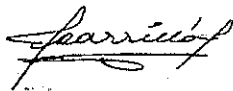
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 14978636078			
		 (415)7707212489984(8020) 0000014978636078			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 6 0 6 6 9 1 6		6. DV 1	12. Dirección seccional Impuestos de Medellín		14. Buzón electrónico 1 1
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 2 6 0 6 6 9 1 6	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 1 6 9	29. Departamento Córdoba		30. Ciudad/municipio Pueblo Nuevo 5 7 0
31. Primer apellido BARRERA		32. Segundo apellido LAZA		33. Primer nombre LUDIS	
34. Otros nombres ISABEL					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Antioquia		40. Ciudad/Municipio Caucasia 1 5 4	
41. Dirección principal BRR SAN JOSE					
42. Correo electrónico min.er.o.s.ub.0.1.jj@gmail.com					
43. Código postal 0 5 2 4 1 0		44. Teléfono 1 3 2 1 5 2 9 0 8 7 6		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal		Actividad secundaria		Ocupación	
46. Código 0 7 2 2	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 0 1 1 5	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código 9 9 1 1
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 0 20- Obtención NIT					
Usuarios aduaneros					
54. Código 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo 58. CPC					
Exportadores					
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 ☒ 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 1.8.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre BARRERA LAZA LUDIS ISABEL 985. Cargo CONTRIBUYENTE		

DIAN

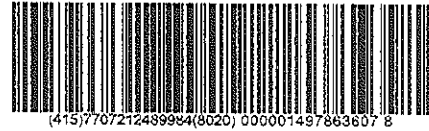
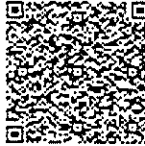
Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14978636078



(415)7707212489994(8020) 000001497863607 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 6 0 6 6 9 1 6

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

1 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

2 6 0 6 6 9 1 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

BARRERA

32. Segundo apellido

LAZA

33. Primer nombre

LUDIS

34. Otros nombres

ISABEL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Antioquia

0 5

40. Ciudad/Municipio

Caucasia

1 5 4

41. Dirección principal

BRR SAN JOSE

42. Correo electrónico min.er.o.s.ub.0.1.jj@gmail.com

43. Código postal 0 5 2 4 1 0

44. Teléfono 1

3 2 1 5 2 9 0 8 7 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

0 7 2 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 1 1 5

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

9 9 1 1

52. Número establecimientos

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	2	0																							

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

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 1.6.1.2.0 del Decreto 1025 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 BARRERA LAZA LUDIS ISABEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Certificación Bancaria



Planeta rica, 4 de Febrero de 2025.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUDIS ISABEL BARRERA LAZA identificado(a) con CC No. 26066916 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

	Nombre Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN BRONCE	91277976841	2025/02/04	A ACTIVA

BANCOLOMBIA
Planeta Rica - Of. 687 Planeta Rica
Asesor de servicios N° 155
Cédula N° 10952082

* Importante: Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefonicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



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 HOYOS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SIBAJA	NOMBRES ENIS PATRICIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.133.759.280	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 10 MES 12 AÑO 1986 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO CIENAGA DE ORO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA VERADA EL PALMAR PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 321 812 6729 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: BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	11	AÑO	2016

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

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	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN PUEBLO NUEVO, CÓRDOBA	
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 esecamupueblonuevo@hotmail.com	
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.

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 DE 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 _____

Enis P. Hojos
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 _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.133.759.280

HOYOS SIBAJA

APELLIDOS

ENIS PATRICIA

NOMBRES

Enis P Hoyos S

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-1986

CIENAGA DE ORO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

03-AGO-2005 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha

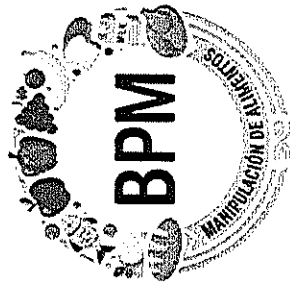
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1303100-01301209-F-1133759280-20220606

0079629525A 1

8504837194



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

ENIS PATRICIA HOYOS SIBAJA
Identificada con cédula No. 1133759280

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : ENIS PATRCIA HOYOS SIBAJA

Historia : 1133759280

Doc. Id : 1133759280

Edad/Sexo: 39 / F

Teléfono :

Remisión : 75010823

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 16:00:11

Primera Impresión : 19/02/2026 12:26:53

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:17

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hemates
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas

Cafe
Pastosa
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

+
No se observan.
No se observan.
No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a ENIS PATRICIA HOYOS SIBAJA con CC N° 1133759280 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

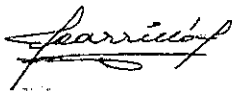
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

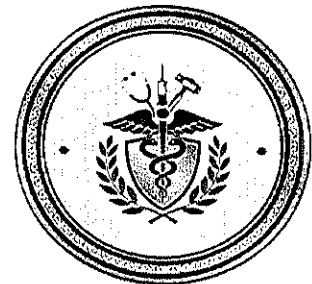
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



DIAN

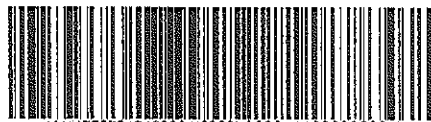
Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

141233086381



(415)7707212489984(8020) 000014123308638 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Montería

1 2

1.1. 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

1 1 3 3 7 5 9 2 8 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

HOYOS

32. Segundo apellido

SIBAJA

33. Primer nombre

ENIS

34. Otros nombres

PATRICIA

3. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sign

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VRD EL PALMAR

42. Correo electrónico

hoyosenis8@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 8 1 2 6 7 2 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

0 0 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1 0 6 2 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo



(+57) 300 600 0100

Carrera 48 # 26 - 85
Medellin Colombia

www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Sábado, 31 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que ENIS PATRICIA HOYOS SIBAJA identificado con cédula de ciudadanía 1133759280, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3218126729	87075289932	ACTIVA	08-03-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MONTIEL	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GONZALEZ	NOMBRES MIRIAM DEL CARMEN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 50.948.420	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL ☒ EXTRANJERO ☐ COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 23 MES 12 AÑO 1965 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA VEREDA LAS PINTURAS PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3113495009 EMAIL Mirmontiel452@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: BACHILLER ACADEMICO	
PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIA			FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE 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 _____

Miriam Montiel Gonzalez
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

NÚMERO 50.948.420

MONTIEL GONZALEZ

APELLIDOS

MIRIAM DEL CARMEN

NOMBRES

Miriam Montiel

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1965

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

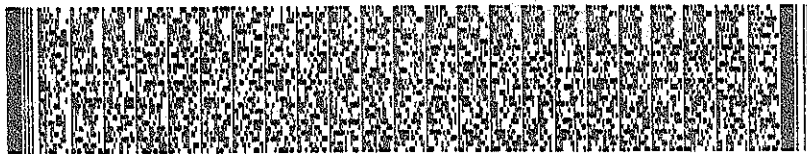
O+
G.S RH

F
SEXO

29-NOV-1990 PUEBLO NUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

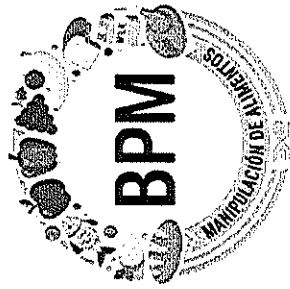
Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1303100-00165682-F-0050948420-20090801

0014322899A 1

28082083



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

MIRIAM DEL CARMEN MONTIEL GONZALEZ
Identificada con cédula No. 50948420

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : MIRIAM DEL CARMEN MONTIEL GONZALES

Historia : 50948420

Doc. Id : 50948420

Edad/Sexo: 60 / F

Teléfono :

Remisión : 75010824

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 16:00:30

Primera Impresión : 19/02/2026 12:27:05

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:19

Jeraldine Páez
JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color

Amarillo

Consistencia

Blanda

Moco

Escasas

Sangre

Escasas

ESTUDIO MICROSCOPICO

Hematies

0-2

xcampo

Flora cocobacilar

Normal

Leucocitos

0-2

x campo

EXAMEN PARASITOLOGICO

Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Escasa

Cocos gram positivos

No se observan.

Bacilos gram positivos

+

Bacilos gram negativos

No se observan.

levaduras

No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a MIRIAM DEL CARMEN MONTIEL GONZALEZ con CC N° 50948420 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

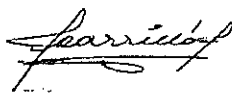
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

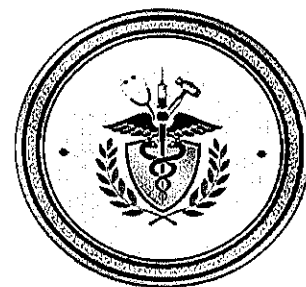
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



DIAN

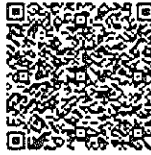
Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario

141217933141



(415)7707212489984(8020) 000014121793314 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 0 9 4 8 4 2 0 1

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Montería

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

5 0 9 4 8 4 2 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

MONTIEL

32. Segundo apellido

GONZALEZ

33. Primer nombre

MIRIAM

34. Otros nombres

DEL CARMEN

5. Razón social

35. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VRD LAS PINTURAS

42. Correo electrónico

mirmontiel452@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 3 4 9 5 0 0 9

45. Teléfono 2

3 1 3 5 4 0 5 6 8 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

1 0 8 4

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 5 1 0 3 0

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MONTIEL GONZALEZ MIRIAM DEL CARMEN

985. Cargo Contribuyente

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 30 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que MIRIAM DEL CARMEN MONTIEL GONZALES identificado con cédula de ciudadanía 50948420, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3113495009	87082533237	ACTIVA	30-10-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ROMERO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SIMANCA	NOMBRES NEYLA LUCIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.003.359.767	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 19 MES 06 AÑO 1994 PAÍS Colombia DEPTO Córdoba MUNICIPIO Pueblo Nuevo		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Vereda Agua del Oso PAÍS Colombia DEPTO Córdoba MUNICIPIO Pueblo nuevo TELÉFONO 312 631 1711 EMAIL neylaromero603@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.	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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

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 X	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 X	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SECTOR PRIVADO		
SECTOR PUBLICO		
INDEPENDIENTE		
TOTAL	0	0

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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Pueblo nuevo - 30 de enero del 2026

Neyla Romero

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

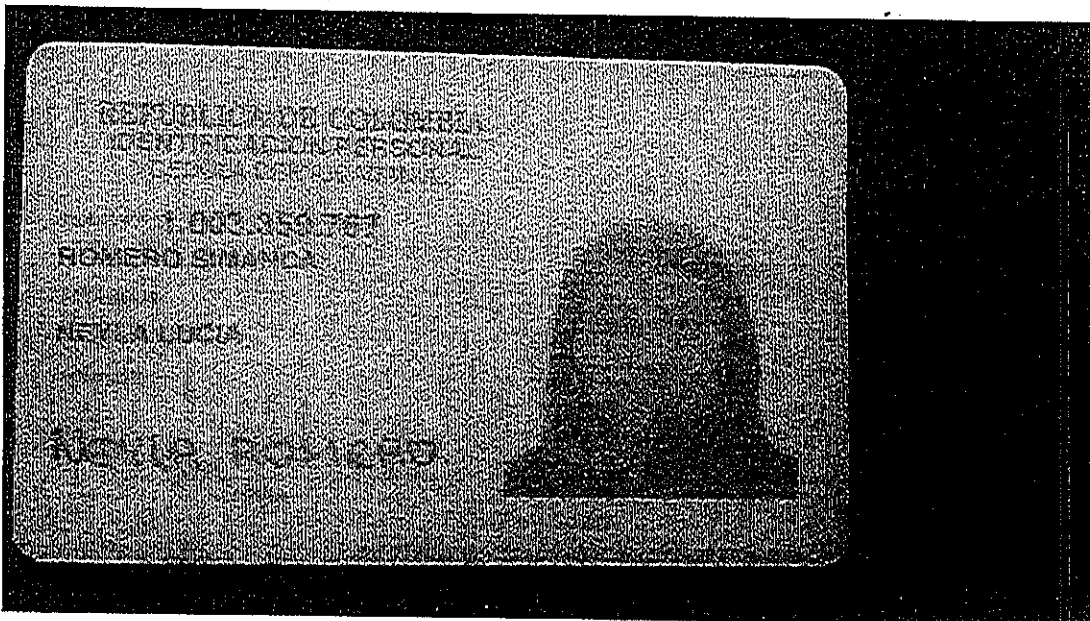


6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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





CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

NEYLA LUCIA ROMERO SIMANCA
Identificada con cédula No. 1003359767

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.



Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR

Paciente : NEYLA LUCIA ROMERO SIMANCA

Historia : 1003359767

Doc. Id : 1003359767

Edad/Sexo: 31 / F

Teléfono :

Remisión : 75010829

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 16:02:19

Primera Impresión : 19/02/2026 12:28:03

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:30

Jeraldine Páez
JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hematies
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas
Cristal de Oxalato de calcio

Pardo
Pastosa
0-2 xcampo
Ligeramente aumentada
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
+
+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

.
.

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

Escasa

+
No se observan.
No se observan.
No se observan.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica María Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a NEYLA LUCIA ROMERO SIMANCA con CC N° 1003359767 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

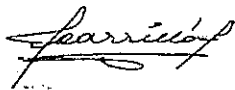
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

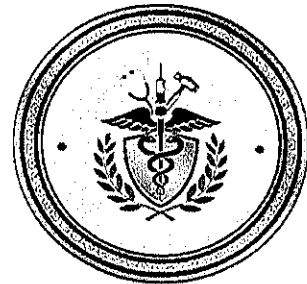
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

141160147801



(415)7707212489984(8020) 000014116014780 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 3 3 5 9 7 6 7

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 0 3 3 5 9 7 6 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Sucre

30. Ciudad/municipio

San Marcos

7 0 8

31. Primer apellido

ROMERO

32. Segundo apellido

SIMANCA

33. Primer nombre

NEYLA

34. Otros nombres

LUCIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VRD VRD AGUA DEL OSO

42. Correo electrónico libiaestelaramirezpadilla@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 1 2 6 3 1 1 7 1 1

45. Teléfono 2

3 1 1 3 3 4 1 1 9 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

0 0 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2 0 3 3 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

1

2

Ocupación

50. Código

51. Código

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

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

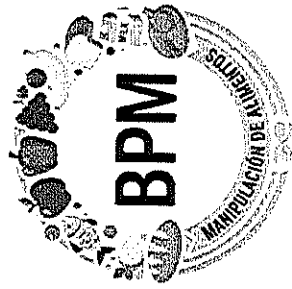
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ROMERO SIMANCA NEYLA LUCIA

985. Cargo Contribuyente



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

DORA LUZ DIAZ PILA
Identificada con cédula No. 1067280947

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : DORA LUZ DIAZ PILA

Historia : 1067280947

Doc. Id : 1067280947

Edad/Sexo: 47 / F

Teléfono :

Remisión : 75010834

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 16:04:05

Primera Impresión : 19/02/2026 12:28:43

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:45

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color	Cafe
Consistencia	Pastosa
Hematies	0-2 xcampo
Flora cocobacilar	Normal
Blastoconidias	No se observaron
Blastoconidias en gemacion	No se observaron
Pseudomicelios	No se observaron
Celulas vegetales	No se observaron
Fibras musculares	No se observaron
Leucocitos	0-2 x campo
Almidon parcialmente digerido	+
Grasas	+
Jabones	+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos	+
Bacilos gram positivos	No se observa.
Bacilos gram negativos	No se observa.
levaduras	No se observa.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a DORA LUZ DIAZ PILA con CC N° 1067280947 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

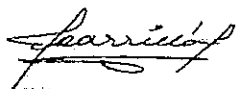
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

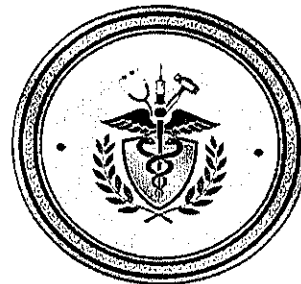
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

1.067.280.947

DIAZ PILA

APELLIDOS

DORA LUZ

NOMBRES

DORA DIAZ

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

23-ENE-1979

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

19-JUL-2004 PLANETA RICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1302800-38132001-F-1067280947-20050304

0104305063B 02 165796853



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

www.formasminerva.com

Elaboración de Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: / / Empleo o cargo al que aspira:

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 2 Convenio 111 OIT

Apellido(s) del aspirante: **Diaz Pila** Nombre(s) del aspirante: **Dora Luz**

Fecha de Nacimiento: **23** / **04** / **1979** Lugar de Nacimiento: **Pueblo Nuevo (Cordoba)**

Dirección domicilio / Barrio: **Vereda San Jose** Ciudad: **Pueblo Nuevo (Cordoba)**

Teléfono: **344245109** No. Celular:

Correo electrónico: **doradiazpila79@gmail.com** Nacionalidad: **Colombia**

Profesión, ocupación u oficio: **manipuladora de alimentos** (*) Estado civil: **Casada** Años de experiencia laboral: **2 años**

FOTOGRAFIA
RECIENTE
Tamaño 3x4 cms.

Cédula de ciudadanía: ☒ N° **4067290947** (*) Libreta militar N°: Primera clase: ☐

Extranjería: ☐ Expedida en: **Planeta Rica** Distrito N°: Segunda clase: ☐

Tarjeta profesional N°: ¿Tiene vehículo? ☐ Si ☐ No ☒ Licencia de conducción N°: Categoría:

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? ☒ Si ☐ No ☐ En qué empresa? Empleado ☐ Tipo de contrato:

¿Trabajó antes en esta empresa? ☐ Si ☒ No ☐ ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? ☐ Si ☒ No ☐ Fecha: / / ¿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 ☐

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? ☐ Si ☒ No ☐ ¿Vive en casa? ☐ Si ☒ No ☐ ¿Familiar? ☒ ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☐ Nombre del arrendador: Teléfono: ¿Nació cuanto tiempo reside en este lugar? **7 años**

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? ☐ Si ☒ No ☐ Describa e indique su valor mensual: ¿Cuanto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$

¿Por qué conceptos? ¿Cuanto 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 deportivas, culturales, sociales, entre otros? ☐ Si ☒ No ☐ ¿Cuál(es)?

4406795 - 2

Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
				D M A		D M A	
Funciones realizadas				Sueldo Inicial		Sueldo Final	
				\$		\$	
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 ☐		Jornadas: 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	
				D M A		D M A	
Funciones realizadas				Sueldo Inicial		Sueldo Final	
				\$		\$	
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 ☐		Jornadas: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐	
Motivo del retiro							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Aida Hernandez	Ocupación ama de casa	Dirección San Jose
			Teléfono 3006878076
2.	Nombre Ludis Galgado	Ocupación ama de casa	Dirección San Jose
			Teléfono 3224387720
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Ana Cermeno	Ocupación ama de casa	Dirección Caucasia
			Teléfono 3426513048
2.	Nombre Oscar Alarcon	Ocupación Ofisios banios	Dirección San Jose
			Teléfono 3012979570

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



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 82 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante <i>Dora Díaz</i> C.C. 1067280947
--	--	---



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente DORA LUZ DIAZ PILA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,067,280,947 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la AHORROS CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 125003826 aperturada el 29 de septiembre de 2025 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 29 de septiembre de 2025.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0125003826
Cuenta de 16 dígitos:	0125130200003826
Cuenta de 20 dígitos:	00130125130200003826

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VARGAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MERCADO	NOMBRES FERNANDA MARIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 26050781	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA 03 MES 07 AÑO 1958 DEPTO. CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Corregimiento el varal PAÍS COLOMBIA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3106906012 DEPTO. CORDOBA EMAIL anamaria8126@hotmail.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.	10o.	11o.	MES	AÑO
					X							

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURA EN 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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO	PROFESIONAL
CURSO	3 HORAS	X		BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURAS BPM	09 20 1 9

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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 CASA VARA RESTAURANTE BAR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CORDOBA	MUNICIPIO PUEBLO NUEVO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD anamaria8126@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO MANIPULADORA DE ALIMENTOS	DEPENDENCIA RESTAURANTE CASA VARA BAR	DIRECCIÓN PUEBLO NUEVO CORDOBA	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ASO. TRADICIONALES Y OTROS DEL ICBF	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CORDOBA	MUNICIPIO PUEBLO NUEVO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD anamaria8126@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO	DEPENDENCIA MADRE COMUNITARIA TRAD	DIRECCIÓN EL VARAL	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

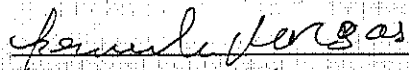
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
MANIPULADORA DE ALIMENTO	1	6 MES
MADRE COMUNITARIA TRADICIONAL	8	3 MES

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 56 DE LA LEY 190/95).



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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.050.781

VARGAS MERCADO

APELLIDOS
FERNANDA MARIA DEL
CARMEN

ADRES

Fernanda Vargas

OPMA



FECHA DE NACIMIENTO 03 JUL 1958

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 0+ F

ESTATURA O.S. RH SEXO

29 MAY 1973 PUEBLO NUEVO

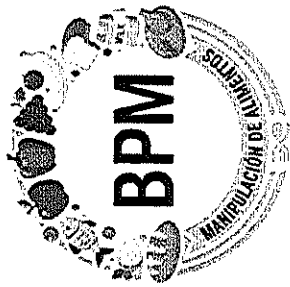
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS RAMIRO GONZALEZ

INDICE DORTICO



A-1303100-00154715-F-0026050781-20080410 0015831895A 1 9917642221



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

**FERNANDA MARIA DEL CARMEN VARGAS
MERCADO**

Identificada con cédula No. 26050781

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16



Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero

Ingeniera de Alimentos

T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : FERNANDA MARIA DEL CARMEN VARGAS MEI

Historia : 26050781

Doc. Id : 26050781

Edad/Sexo: 67 / F

Teléfono :

Remisión : 75010835

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 16:04:20

Primera Impresión : 19/02/2026 12:28:54

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:47

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia
Hematies
Flora cocobacilar
Blastoconidias
Blastoconidias en gemacion
Pseudomicelios
Celulas vegetales
Fibras musculares
Leucocitos
Almidon parcialmente digerido
Grasas
Jabones

Cafe
Pastosa
0-2 xcampo
Normal
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
No se observaron
0-2 x campo
+
+
+

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

.
.

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos
Bacilos gram positivos
Bacilos gram negativos
levaduras

+
No se observa.
No se observa.
No se observa.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica María Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a FERNANDA MARIA DEL CARMEN VARGAS MERCADO con CC N° 26050781 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

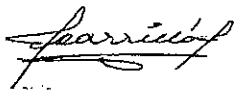
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

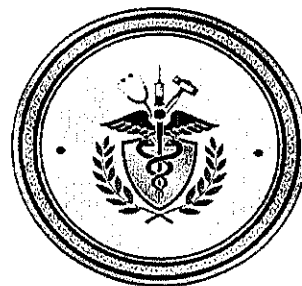
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09





FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FERIA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SIERRA	NOMBRES DINA DEL CARMEN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.067.281.308	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐ COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 24 MES 12 AÑO 1985 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA VEREDA CAÑO LARGO PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO PUEBLO NUEVO TELÉFONO 3223170613 EMAIL feriasieradina@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: BACHILLER	
PRIMARIA						SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	☒	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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE 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 MÍ 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 _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.067.281.308
FERIA SIERRA

APELLIDOS
DINA DEL CARMEN

NOMBRES

Dina ferra

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1985

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

13-OCT-2004 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1303100-01204370-F-1067281308-20210125

0073178786A 1

8501291702



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

DINA DEL CARMEN FERIA SIERRA
Identificada con cédula No. 1067281308

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : DINA DEL CARMEN FERIA SIERRA
Historia : 1067281308
Doc. Id : 1067281308
Edad/Sexo: 40 / F
Teléfono :
Remisión : 75010837

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO
Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026
Fecha Ingreso : 29/01/2026 16:05:12
Primera Impresión : 19/02/2026 12:29:19
Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test **NO REACTIVO**

TECNICA: Floculation

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:50

Jeraldine Páez
JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color	Amarillo	
Consistencia	Pastosa	
Hemates	0-2	xcampo
Flora cocobacilar	Normal	
Blastoconidias	No se observaron	
Blastoconidias en gemacion	No se observaron	
Pseudomicelios	No se observaron	
Celulas vegetales	No se observaron	
Fibras musculares	No se observaron	
Leucocitos	0-2	x campo
Almidon parcialmente digerido	+	
Grasas	++	
Jabones	+	

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos	+
Bacilos gram positivos	No se observa.
Bacilos gram negativos	No se observa.
levaduras	No se observa.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a DINA DEL CARMEN FERIA SIERRA con CC N° 1067281308 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

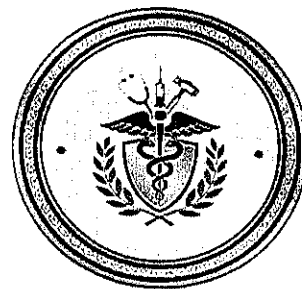
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

4. Número de formulario

141159561927



(415)7707212489984(8020) 0000141159561927

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 7 2 8 1 3 0 8

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 6 7 2 8 1 3 0 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

FERIA

32. Segundo apellido

SIERRA

33. Primer nombre

DINA

34. Otros nombres

DEL CARMEN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VRD CAÑO LARGO

42. Correo electrónico

feriasieradina@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 0 2 3 1 7 0 6 1 3

45. Teléfono 2

3 2 2 8 4 5 5 4 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

1 0 8 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 3 1 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

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 - 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

☒

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FERIA SIERRA DINA DEL CARMEN

985. Cargo Contribuyente

Certificación Bancaria

Viernes, 30 de enero de 2026

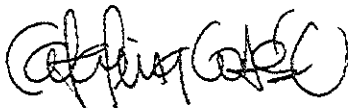
A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DINA DEL CARMEN FERIA SIERRA identificado(a) con CC 1067281308, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	91240421441	2022-08-08	ACTIVO	*****

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospeligroso@bancolombia.com.co



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Miranda	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Cadena	NOMBRES Mariela de Jesús
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 50.949.573	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 28 MES 03 AÑO 1971 PAÍS Colombia DEPTO Cordoba MUNICIPIO Pueblo Nuevo		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Parcelas del Contento PAÍS Colombia DEPTO Cordoba MUNICIPIO Pueblo Nuevo TELÉFONO 3215871700 EMAIL mirandacadena@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: Básica Primaria	
PRIMARIA				SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO		
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1985	
EDUCACIÓN 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	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS				TERMINACIÓN		No. DE TARJETA		
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO				MES	AÑO	PROFESIONAL		
ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)												
IDIOMA				LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
				R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Pueblo Nuevo Cordoba

Mariela Miranda

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

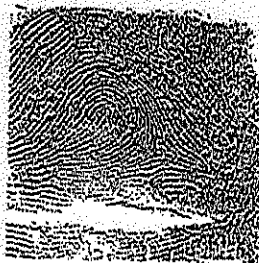
NUMERO **50.949.573**
MIRANDA CADENA

APELLIDOS
MARIELA DE JESUS

NOMBRES

Mariela Miranda

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-1971**

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

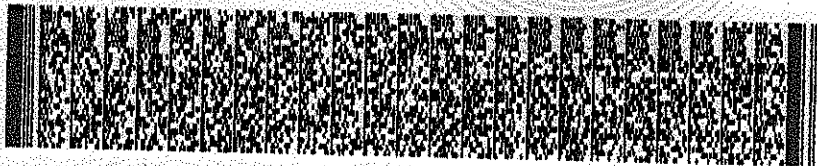
1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

21-DIC-1996 PUEBLO NUEVO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Arbel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL SANCHEZ TORRES



A-1303100-00169396-F-0050949573-20090814

0014947723A 1

28082009



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

MARIELA DE JESUS MIRANDA CADENA
Identificada con cédula No. 50949573

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : MARIELA DE JESUS MIRANDA CADENA

Historia : 50949573

Doc. Id : 50949573

Edad/Sexo: 54 / F

Teléfono :

Remisión : 75010838

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 16:05:25

Primera Impresión : 19/02/2026 12:29:32

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:02:56

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color	Amarillo
Consistencia	Blanda
Hematies	0-2 xcampo
Flora cocobacilar	Normal
Blastoconidias	No se observaron
Blastoconidias en gemacion	No se observaron
Pseudomicelios	No se observaron
Celulas vegetales	No se observaron
Fibras musculares	No se observaron
Leucocitos	0-2 x campo
Almidon parcialmente digerido	+
Grasas	+
Jabones	++

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es
Negativo para Parasitos Intestinales

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos	+
Bacilos gram positivos	No se observan.
Bacilos gram negativos	No se observan.
levaduras	No se observan.

Escasa

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a **MARIELA DE JESUS MIRANDA CADENA** con CC N° 50949573 de sexo **FEMENINO**, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

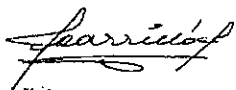
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

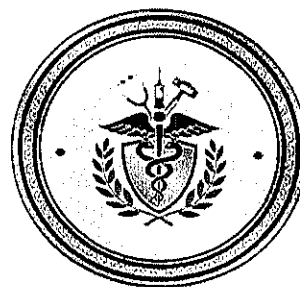
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

141159599592



(415)7707212489984(8020) 000014115959959 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 0 9 4 9 5 7 3

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1

3

26. Número de identificación

5 0 9 4 9 5 7 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

MIRANDA

32. Segundo apellido

CADENA

33. Primer nombre

MARIELA

34. Otros nombres

DE JESUS

j. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

PA 1 # 1 - 1 VRD PARCELAS DEL CONTENIDO

42. Correo electrónico

mirandacadenamariela@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 5 8 7 1 7 0 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

1 0 8 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 5, 0 2, 0 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

54. Código

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MIRANDA CADENA MARIELA DE JESUS

985. Cargo Contribuyente



(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellin Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 30 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que MARIELA DE JESUS MIRANDA CADENA identificado con cédula de ciudadanía 50949573, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3215871700	87076503452	ACTIVA	25-03-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

Defensor Consumidor Financiero: Maria Adolayda Calle - defensor@bancolombia.com.co - Cr 48A #18A 14, Piso 9 - Medellín - Tol: +57 (604) 3561225



Producto protegido por
el Seguro de Depósitos
www.fogafin.gov.co



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ESAP

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PACHECO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BOLAÑO	NOMBRES MERLY DEL CARMEN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAÍS ☐ No. 50.950.128	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS <u>COLOMBIA</u> COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>08</u> MES <u>11</u> AÑO <u>1977</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CORDOBA</u> MUNICIPIO <u>PUEBLO NUEVO</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>VEREDA PIÑALITO CL 21 - 28</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CORDOBA</u> MUNICIPIO <u>PUEBLO NUEVO</u> TELÉFONO <u>3116146959</u> EMAIL <u>oj262004@gmail.com</u>

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: BÁSICA PRIMARIA
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	☒	7o.	8o.	9o.	10	11	MES <u>12</u> AÑO <u>1996</u>

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

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X				X

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
ALIMENTACION ESCOLAR PAE 2024	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CORDOBA	PUEBLO NUEVO		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MANIPULADORA DE ALIMENTOS			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONSORCIO ALIMENTOS PARA CORDOBA	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CORDOBA	PUEBLO NUEVO		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
MANIPULADORA DE ALIMENTOS			
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 ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SECTOR PRIVADO		
SECTOR PUBLICO		4
INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		4

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).

Melty Pacheco

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA



6

OBJECIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATACION

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

NUMERO 50.950.128

PACHECO BOLAÑO

APELLIDOS

MERLY DEL CARMEN

NOMBRES

Merly Pacheco

FIRMA



IMPRESION DEDIL

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1977

PUEBLO NUEVO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49

ESTATURA

O+

GRUPO SANG

F

SEXO

05-JUN-1997 PUEBLO NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EMISION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS RAFAEL SANCHEZ TORRES



A 1304100 00566682 F 0000000126 200000001

0014321467A 1

20000126



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

MERLY DEL CARMEN PACHECO BOLAÑO
Identificada con cédula No. 50950128

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.

Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR





Paciente : MERLY DEL CARMEM PACHECO BOLAÑO

Historia : 50950128

Doc. Id : 50950128

Edad/Sexo: 48 / M

Teléfono :

Remisión : 75010843

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 16:10:25

Primera Impresión : 19/02/2026 12:30:06

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:03:02

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color

Consistencia

Hemates

Flora cocobacilar

Blastoconidias

Blastoconidias en gemacion

Pseudomicelios

Celulas vegetales

Fibras musculares

Leucocitos

Almidon parcialmente digerido

Jabones

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es

Negativo para Parasitos Intestinales

Pardo

Blanda

0-2

xcampo

Ligeramente aumentada

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

0-2

x campo

+

++

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos

Bacilos gram positivos

Bacilos gram negativos

levaduras

Escasa

+

No se observan.

+

No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

No se observaron estructuras micoticas en la muestra analizada

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a MERLY DEL CARMEN PACHECO BOLAÑO con CC N° 50950128 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

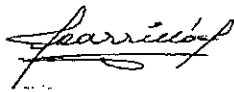
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

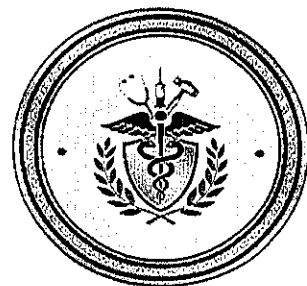
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

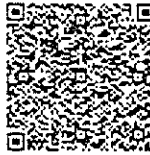
DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141159927517



(415)7707212489984(8020) 0000141159927517

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

1.1. Buzón electrónico

5 0 9 5 0 1 2 8

1

Impuestos y Aduanas de Montaña

1 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de Identificación

Persona natural o sucesión ilíquida

2

Cédula de Ciudadanía

1 3

5 0 9 5 0 1 2 8

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/municipio

COLOMBIA

1 6 9

Córdoba

2 3

Pueblo Nuevo

5 7 0

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

PACHECO

BOLAÑO

MERLY

DEL CARMEN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Slogan

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Córdoba

2 3

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VRD # Piñalito

42. Correo electrónico

oj262004@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 6 1 4 6 9 5 9

45. Teléfono 2

3 1 1 7 8 9 5 4 3 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

8 2 9 9

2 0 2 2 0 1 1 3

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos Ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PACHECO BOLAÑO MERLY DEL CARMEN

985. Cargo CONTRIBUYENTE



(+57) 300 600 0100

Carrera 48 # 26 - 85
Medellin Colombia

www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Jueves, 29 de enero de 2026

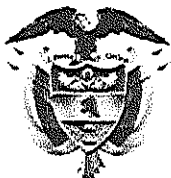
A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que MERLY DEL CARMEN PACHECO BOLANO identificado con cédula de ciudadanía 50950128, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3116146959	87060558101	ACTIVA	09-11-2022

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi



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 CASTILLO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GUZMAN		NOMBRES SERAFINA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.003.715			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 09 MES 11 AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Córdoba MUNICIPIO Buenavista			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Vereda piñalito PAÍS Colombia DEPTO Cordoba MUNICIPIO Pueblo nuevo TELÉFONO 312 5475876 EMAIL Serafinacastillo7@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.	11.	primaria basica	
				X							MES	AÑO

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
ESPAÑOL		X			X			X	

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	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES

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 Pueblo nuevo 25 de agosto del 2025

Serapina castillo 62man
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

NUMERO 1.003.337.274

CASTILLO GUZMAN

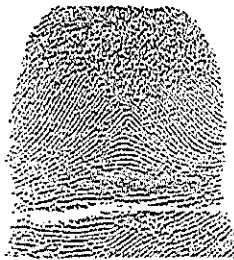
APELLIDOS

SERAFINA

NOMBRES

Serafina Castillo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-1989

BUENAVISTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

03-ABR-2008 MONTELIBANO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1302500-00150939-F-1003337274-20090225

0010044806A 1

28002369



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

SERAFINA CASTILLO GUZMAN
Identificada con cédula No. 1003337274

Asistió al curso de capacitación en:

Principios básicos de Buenas Prácticas de Manufactura; Higiene y Aseo Personal, Manejo y Control de Materias Primas, Contaminación Cruzada, Buenas Prácticas de Almacenamiento, transporte de alimentos, Plan de Saneamiento Básico, seguridad y salud en el trabajo y Enfermedades Transmitidas por Alimentos; para dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Resolución 2674 de 2013 y Decreto 1500 de 2007, del Ministerio de Salud y Protección Social, con una intensidad de 10 horas; los días 15 y 16 de enero de 2026.



Amarilys Acosta
Amarilys Acosta Otero
Ingeniera de Alimentos
T.P. 081062-0510119 COR



Paciente : SERAFINA CASTILLO GUZMAN

Historia : 1003337274

Doc. Id : 1003337274

Edad/Sexo: 36 / F

Teléfono :

Remisión : 75010844

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 29/01/2026 16:10:39

Primera Impresión : 19/02/2026 12:30:11

Médico : CAMU PUEBLO NUEVO

ANALISIS

RESULTADO

UNIDADES

VALORES DE REFERENCIA

INMUNOLOGIA

V.D.R.L Test

NO REACTIVO

TECNICA: Floculacion

Observaciones: Resultados falsamente positivos pueden ser observados en individuos con Hepatitis, Asma, Malaria, Influenza, Brucelosis, Lepra, Tuberculosis, Cancer, Diabetes, y Enfermedades Autoinmunes.

Resultados falsamente negativos se observan cuando hay fenomeno de prozona.

Validación: 05/02/2026 17:03:04

Jeraldine Páez

JERALDINE PAEZ SARMIENTO
BACTERIOLOGO
04404

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color

Consistencia

Hematies

Flora cocobacilar

Blastoconidias

Blastoconidias en gemacion

Pseudomicelios

Celulas vegetales

Fibras musculares

Leucocitos

Almidon parcialmente digerido

Grasas

Jabones

EXAMEN PARASITOLOGICO

La muestra examinada es

Negativo para Parasitos Intestinales

Cafe

Dura

0-2

xcampo

Disminuida

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

No se observaron

0-2

x campo

+

+

+

Escasa

+

No se observan.

No se observan.

No se observan.

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos

Bacilos gram positivos

Bacilos gram negativos

levaduras

CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a SERAFINA CASTILLO GUZMAN con CC N° 1003337274 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

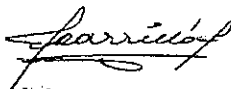
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

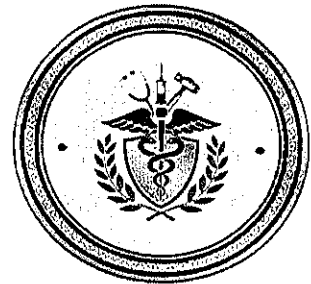
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



CERTIFICADO MÉDICO

Dra. Angélica Maria Carrillo Hormisda, Médica Cirujana legalmente autorizada para ejercer su profesión.

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a ALICIA MARTINEZ LOZANO con CC N° 21182316 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

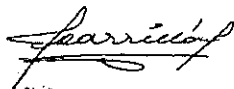
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

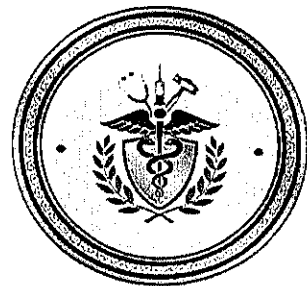
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos y vivir en comunidad.

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de PUEBLO NUEVO, el día 6 de febrero de 2026.



Dra. Angélica M. Carrillo H.
Médico Cirujano
Universidad Metropolitana
R.M. 2339-09

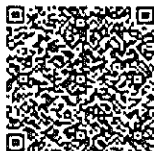
DRA. ANGELICA MARIA CARRILLO HORMISDA
CC. 45.527.709 DE CARTAGENA
RM. 2339/09



2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

141159986548



(415)7707212489984(8020) 000014115998654 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 0 3 3 3 7 2 7 4 0

Impuestos y Aduanas de Montaña

1 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 0 3 3 3 7 2 7 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Montelíbano

4 6 6

31. Primer apellido

CASTILLO

32. Segundo apellido

GUZMAN

33. Primer nombre

SERAFINA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Córdoba

2 3

40. Ciudad/Municipio

Pueblo Nuevo

5 7 0

41. Dirección principal

VRD PIÑALITO

42. Correo electrónico

serafinacastillo7@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 5 4 7 5 8 7 6

45. Teléfono 2

3 2 1 7 7 9 4 7 3 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

1 0 8 9

2 0 1 9 0 7 1 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

54. Código

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1561 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CASTILLO GUZMAN SERAFINA

985. Cargo Contribuyente



(+57) 300 600 0100

Carrera 48 # 26 - 85
Medellin Colombia

www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 30 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que SERAFINA CASTILLO GUZMAN identificado con cédula de ciudadanía 1003337274, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3125475876	87069327817	ACTIVA	28-05-2024

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

Defensor Consumidor Financiero: María Adelayda Calle - defensor@bancolombia.com.co - Cr 48A #18A 14, Piso 9 - Medellín - Tel: +57 (604) 3561225



Fogafin
Garantiza tus depósitos

Producto protegido por
el Seguro de Depósitos
www.fogafin.gov.co