



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO LANA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DOMICO	NOMBRE RUTH ESTELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C X C.E PAS No. 1.073.971.608	SEXO F X M	NACIONALIDAD COL. X EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE	SEGUNDA CLASE	NÚMERO D.M
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 12 MES 01 AÑO: 1997 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA	DIRECCIÓN: COMUNIDAD RIO VERDE PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA TELÉFONO: 3126770863 CORREO: wilfredomiru@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 CULMINACION:												
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9.	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	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS				TERMINACIÓN		No. DE TARJETA		
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO				MES	AÑO			
			X									
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
INDIGENA						X						
ESPAÑOL				R								

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona
Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

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
T		

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CECULA DE CIUDADANA

1.073.971.608

LANA DOMICO

APPELLIDO

RUTH ESTELA

CONJUNTO

NO FIRMA



IMPRESO DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1997

TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.40

O+

F

ESTATURA

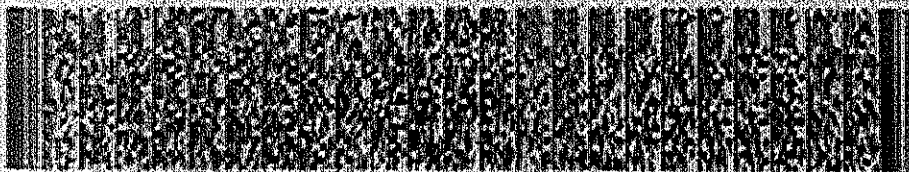
G.B. RH

SEXO

06-MAY-2015 VALENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALBA EVELIN SALASO YATTA



A-136806-60854239-F-1073971608-20161008

0001745810A-1

40051008



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

RUTH ESTELA LANA DOMICO
Identificada con cédula No. 1073971608

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; el día 14 de enero de 2026.

ANTONIO RODRIGUEZ BARRETO
Ingeniero de Alimentos
T.P. 22254196764COR





Paciente : RUTH ESTELA LANA DOMICO

Historia : 1073971608

Doc. Id : 1073971608

Edad/Sexo: 29 / F

Teléfono :

Remisión : 96000388

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 15/02/2026 18:27:31

Primera Impresión : 19/02/2026 14:57:47

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

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: 15/02/2026 18:30:34

Juan Camilo

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

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

Cocos gram positivos

+

Bacilos gram positivos

No se observa.

Bacilos gram negativos

No se observa.

levaduras

No se observa.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

Muestra negativa para estructuras micoticas

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

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

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a RUTH ESTELA LANA DOMICO con CC N° 1073971608 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

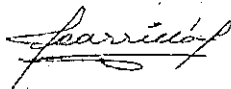
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

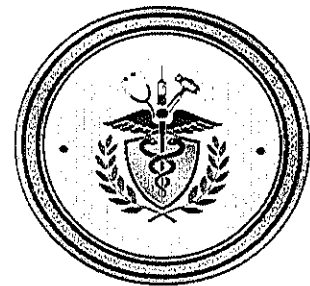
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos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

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de TIERRALTA, el día 20 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





Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CABRERA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DOMICO		NOMBRE UMILDA		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C.X C.E PAS No. 1.073.971.387				FX M	COL. X	EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR						
PRIMERA CLASE		SEGUNDA CLASE		NÚMERO		D.M
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN: COMUNIDAD RIO VERDE		
FECHA: DÍA 23 MES 04 AÑO: 1986				PAÍS COLOMBIA		
PAÍS: COLOMBIA				DEPTO CORDOBA		
DEPTO: CORDOBA				MUNICIPIO: TIERRALTA		
MUNICIPIO: TIERRALTA				TELÉFONO: 3126770863		
				CORREO: wilfredomiru@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											FECHA DE CULMINACION:	
SECUNDARIA												
MEDIA												
1o. 2o. 3o. 4o. 5o.X 6o. 7o. 8o. 9. 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	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS				TERMINACIÓN		No. DE TARJETA		
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO				MES	AÑO			
			X									
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		
INDIGENA				X			X			X		
ESPAÑOL		R					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			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
			COLOMBIA			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
	MUNICIPIO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCION		

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

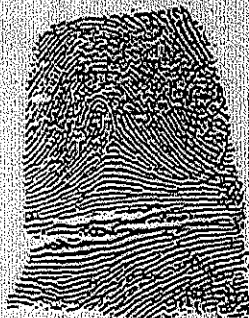
NUMERO **1.073.971.387**

CABRERA DOMICO
APELLIDOS

UMILDA
NOMBRES



Umilda Cabrera Do
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
TIERRALTA
(CORDOBA)

23-ABR-1986

LUGAR DE NACIMIENTO
1.50

O+

F

ESTATURA

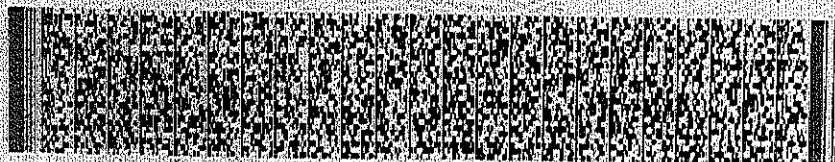
G.S. RH

SEXO

08-SEP-2004 TIERRALTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAQUA



A-1305800-38155943-F-1073971387-20070216

01714070460 02 208067786



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

UMILDA CABRERA DOMICO

Identificada con cédula No. 1073971387

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; el día 14 de enero de 2026.



ANTONIO RODRIGUEZ BARRETO

Ingeniero de Alimentos

T.P. 22254196764COR



Paciente : UMILDA CABRERA DOMICO

Historia : 1073971387

Doc. Id : 1073971387

Edad/Sexo: 39 / F

Teléfono :

Remisión : 96000389

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 15/02/2026 18:30:53

Primera Impresión : 19/02/2026 14:58:04

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

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: 15/02/2026 18:33:28

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia

Amarillo
Blanda
Escasas
Escasas

Moco
Sangre
ESTUDIO MICROSCOPICO

Hematies
Flora cocobacilar
Leucocitos

0-2 xcampo
Normal
0-2 x campo

EXAMEN PARASITOLOGICO

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

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a UMILDA CABRERA DOMICO con CC N° 1073971387 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

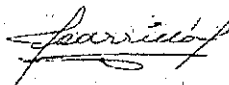
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

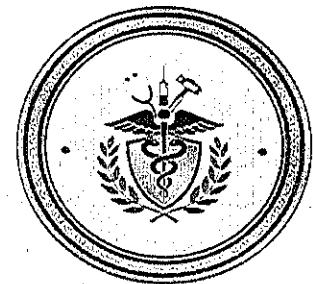
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos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

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de TIERRALTA, el día 20 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





Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PANESSO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DOMICO		NOMBRE INGRID YULIANA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C X C.E PAS No. 1.073.971.255				SEXO F X M	NACIONALIDAD COL. X EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE		SEGUNDA CLASE		NÚMERO	D.M
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 30 MES 04 AÑO: 1997 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA				DIRECCIÓN: COMUNIDAD RIO VERDE PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA TELÉFONO: 3126770863 CORREO: wilfredomiru@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 CULMINACION:	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES		AÑO		
					X										
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	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS							TERMINACIÓN		No. DE TARJETA		
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO							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			
INDIGENA						X			X			X			
ESPAÑOL				R					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 X	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 COLOMBIA	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO			FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA MUNICIPIO			DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO			FECHA DE RETIRO DIA 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 DIA MES AÑO			FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCION		

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
T		

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).

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 -RESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

[illegible]

! Nombres

Nacionalidad

Esisteva

Sexo

G.S.

 $\odot +$

TIERRALTA (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición

28 JUL 2015, TIERRALTA

Fecha de expiración

31 JUL 2034

Ingrid Y. P. O.

051622637

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL051622637413058<<<<<<<<
9704301F3407312COL1073971255<9
PANESSO<DOMICO<<INGRID<YULIANA



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

INGRID YULIANA PANESSO DOMICO
Identificada con cédula No. 1073971255

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; el día 14 de enero de 2026.



ANTONIO RODRIGUEZ BARRETO
Ingeniero de Alimentos
T.P. 22254196764COR



Paciente : INGRID YULIANA PANESSO DOMICO

Historia : 1073971255

Doc. Id : 1073971255

Edad/Sexo: 28 / F

Teléfono :

Remisión : 96000390

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 15/02/2026 18:33:45

Primera Impresión : 19/02/2026 14:58:18

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

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: 15/02/2026 18:36:29

Juan Camilo

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

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

Cocos gram positivos

+

Bacilos gram positivos

No se observa.

Bacilos gram negativos

No se observa.

levaduras

No se observa.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

Muestra negativa para estructuras micoticas

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

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

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a INGRID YULIANA PANESSO DOMICO con CC N° 1073971255 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

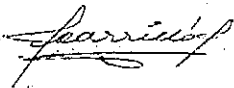
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

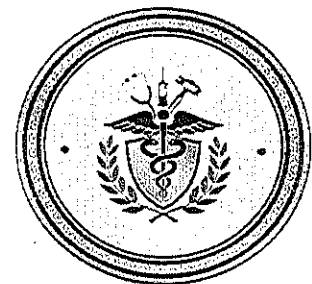
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos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

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de TIERRALTA, el día 20 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





Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DOMICO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RUBIANO		NOMBRE MARIA EVA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C X C.E PAS No. 26.228.825				SEXO F X M	NACIONALIDAD COL X EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE		SEGUNDA CLASE		NÚMERO	D.M
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 03. MES 05 AÑO: 1975 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA				DIRECCIÓN: COMUNIDAD RIO VERDE PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA TELÉFONO: 3126770863 CORREO: wilfredomiru@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 CULMINACION:	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	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
		SI	NO		MES	AÑO		
			X					

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
INDIGENA			X			X			X
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			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
				COLOMBIA		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO.	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
	MUNICIPIO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCION		

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
MANIPULACION DE ALIMENTOS	0	8
T		

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).

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
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26228825

DOMICO RUBIANO
APELLIDOS

MARIA EVA
NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1975

TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.48

ESTATURA

O+

G.S. RH

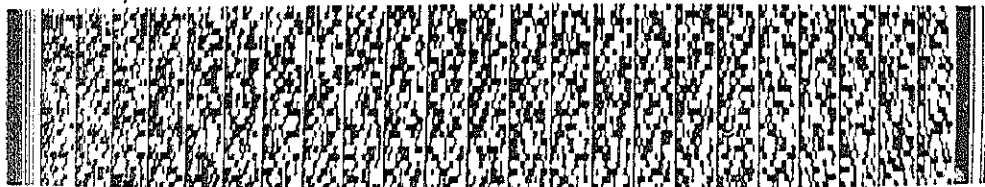
F

SEXO

16-JUL-2001 TIERRALTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1305800-38097772-F-0026228825-20011226

0071601360A 01 120041460



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

MARIA EVA DOMICORUBIANO
Identificada con cédula No. 26228825

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; el día 14 de enero de 2026.



ANTONIO RODRIGUEZ BARRETO
Ingeniero de Alimentos
T.P. 22254196764COR



Paciente : MARIA EVA DOMICORUBIANO

Historia : 26228825

Doc. Id : 26228825

Edad/Sexo: 50 / F

Teléfono :

Remisión : 96000391

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 15/02/2026 18:36:48

Primera Impresión : 19/02/2026 14:58:36

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

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: 15/02/2026 18:39:25

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

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

Cocos gram positivos

+

Bacilos gram positivos

No se observa.

Bacilos gram negativos

No se observa.

levaduras

No se observa.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

Muestra negativa para estructuras micoticas

Muestra

Raspado de uñas.

CERTIFICADO MÉDICO

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

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento médico a MARIA EVA DOMICO RUBIANO con CC N° 26228825 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

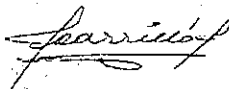
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

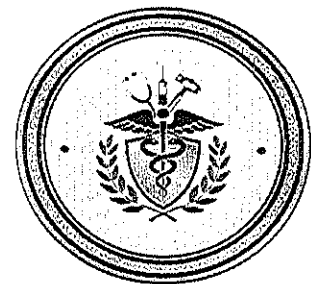
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos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

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consortio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de TIERRALTA, el día 20 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
R.M. 2339/09





Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DOMICO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DOMICO		NOMBRE VIVIANA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C X C.E PAS No. 1.40.377.304				SEXO F X M	NACIONALIDAD COL. X EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE		SEGUNDA CLASE		NÚMERO	D.M
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 01 MES 07 AÑO: 1992 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA				DIRECCIÓN: COMUNIDAD RIO VERDE PAÍS COLOMBIA MUNICIPIO: CAREPA TELÉFONO: 3126770863 CORREO: wilfredomiru@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 CULMINACION:
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9.	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
		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
INDIGENA			X						
ESPAÑOL	R								

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona
Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

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 ALIMENTOS	0	8
T		

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).

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 -RESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.040.377.304

DOMICO DOMICO

APELLIDOS

VIVIANA

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



IMPORTE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1992

CAREPA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47

ESTATURA

O+

B.S. RH

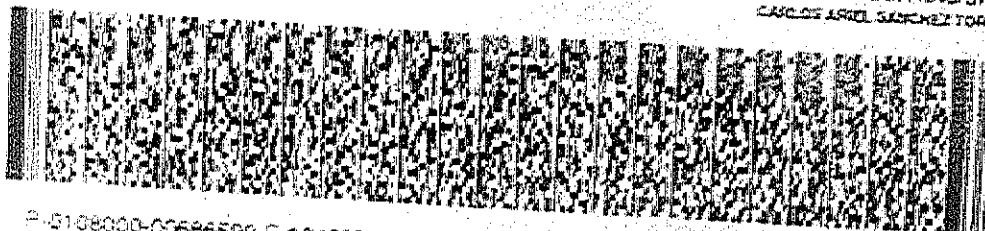
F

SEXO

12-MAR-2015 CAREPA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-5108000-00686599-F-1040377304-20150414

0043877842A 1

43982279



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

VIVIANA DOMICO DOMICO

Identificada con cédula No. 1040377304

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; el día 14 de enero de 2026.



ANTONIO RODRIGUEZ BARRETO

Ingeniero de Alimentos

T.P. 22254196764COR



Paciente : VIVIANA DOMICO DOMICO

Historia : 1040377304

Doc. Id : 1040377304

Edad/Sexo: 33 / F

Teléfono :

Remisión : 96000392

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 15/02/2026 18:39:41

Primera Impresión : 19/02/2026 14:58:54

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

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: 15/02/2026 16:42:04

Juan Camilo

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

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

Cocos gram positivos

+

Bacilos gram positivos

No se observa.

Bacilos gram negativos

No se observa.

levaduras

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 VIVIANA DOMICO DOMICO con CC N° 1040377304 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

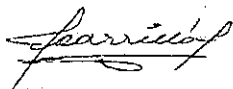
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

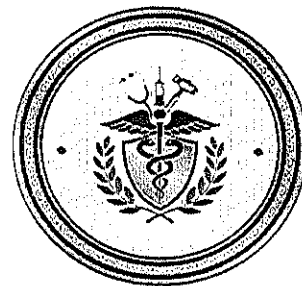
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos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

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de TIERRALTA, el día 20 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





Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BAILARIN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DOMICO	NOMBRE EDELMA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C X C.E PAS No. 1.073.968.431	SEXO F X M	NACIONALIDAD COL X EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE	SEGUNDA CLASE	NÚMERO
D.M		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 15 MES 04 AÑO: 1983 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA	DIRECCIÓN: COMUNIDAD RIO VERDE PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA TELÉFONO: 3126770863 CORREO: wilfredomiru@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					FECHA DE CULMINACION:	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	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 MAGÍSTER), 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
		SI	NO		MES	AÑO	
			X				

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
INDÍGENA			X	X					X
ESPAÑOL	R			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			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
				COLOMBIA		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
	MUNICIPIO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCION		

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
T		

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).

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 -RESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

5.8

1.073.968.431

BAILARIN DOMICO

EDELMA

Edelma B.D

FIRMA



NO SE DEFECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1983

TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.39

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

14-ENE-2004 TIERRALTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



4-1505800-00946222-F-1073968431-20171011

0058086077A 1

4894306



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

EDELMA BAILARIN DOMICO

Identificada con cédula No. 1073968431

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; el día 14 de enero de 2026.



ANTONIO RODRIGUEZ BARRETO

Ingeniero de Alimentos

T.P. 22254196764COR



Paciente : EDELMA BAILARIN DOMICO

Historia : 1073968431

Doc. Id : 1073968431

Edad/Sexo: 42 / F

Teléfono :

Remisión : 96000393

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 15/02/2026 18:42:25

Primera Impresión : 19/02/2026 14:59:10

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

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: 15/02/2026 18:44:46

Juan Camilo

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

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

Cocos gram positivos

+

Bacilos gram positivos

No se observa.

Bacilos gram negativos

No se observa.

levaduras

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 EDELMA BAILARIN DOMICO con CC N° 1073968431 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

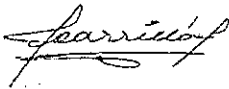
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

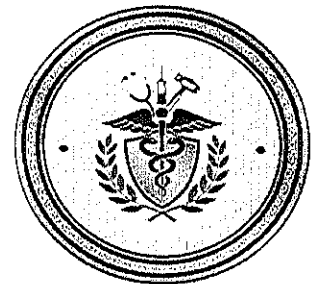
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos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

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de TIERRALTA, el día 20 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





Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BAILARIN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DOMICO	NOMBRE LEDICI
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C X C.E PAS No. 1.073.971.913	SEXO F X M	NACIONALIDAD COL. X EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE	SEGUNDA CLASE	NÚMERO
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 04 MES 11 AÑO: 1999 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA		D.M. DIRECCIÓN: COMUNIDAD RIO VERDE PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA TELÉFONO: 3126770863 CORREO: wilfredomiru@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 CULMINACION:
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
		SI	NO		MES	AÑO	
			X				

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
INDIGENA			X						
ESPAÑOL	R								

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

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
T		

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).

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 -RESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.073.971.913

BAILARIN DOMICO

APELLIDOS

LEDICI

NOMBRES

LEDICI B.D

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

04-NOV-1989

TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46

O+

F

ESTATURA

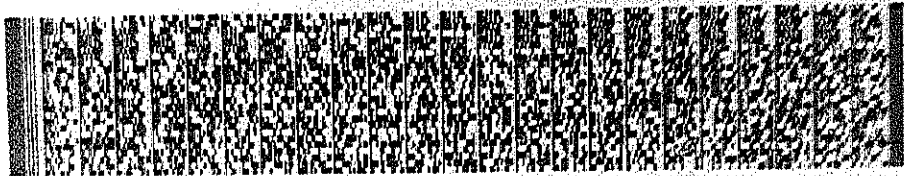
G.S. RH

SEXO

26-ABR-2018 TIERRALTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VILLAR



P-1305800-01008364-F-1073971913-20180521

0061238371A 1

50043412



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

LEDICI BAILARIN DOMICO Identificada con cédula No. 1073971913

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; el día 14 de enero de 2026.



ANTONIO RODRIGUEZ BARRETO
Ingeniero de Alimentos
T.P. 22254196764COR



Paciente : LEDICI BAILARIN DOMICO

Historia : 1073971913

Doc. Id : 1073971913

Edad/Sexo: 27 / F

Teléfono :

Remisión : 96000394

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 15/02/2026 18:45:05

Primera Impresión : 19/02/2026 14:59:28

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

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: 15/02/2026 18:48:31

Juan Camilo

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

Color
Consistencia

Moco

Sangre

ESTUDIO MICROSCOPICO

Hematies

Flora cocobacilar

Leucocitos

EXAMEN PARASITOLOGICO

Negativo para Parasitos Intestinales

Amarillo
Blanda
Escasas
Escasas

0-2

xcampo

Normal

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 LEDICI BAILARIN DOMICO con CC N° 1073971913 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

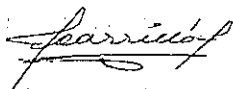
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

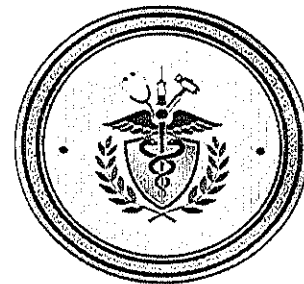
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos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

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de TIERRALTA, el día 20 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)

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MAJORE		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PERNIA		NOMBRE LIGIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C X C.E PAS No. 35.035195				SEXO F X M	NACIONALIDAD COL. X EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE		SEGUNDA CLASE		NÚMERO	D.M
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 02 MES 02 AÑO: 1969 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA				DIRECCIÓN: COMUNIDAD RIO VERDE PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA TELÉFONO: 3126770863 CORREO: wilfredomiru@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																					
<table><tr><td colspan="3">PRIMARIA</td><td colspan="3">SECUNDARIA</td><td colspan="3">MEDIA</td></tr><tr><td>1o.</td><td>2o.</td><td>3o.</td><td>4o.</td><td>5o.</td><td>6o.</td><td>7o.</td><td>8o.</td><td>9.</td><td>10</td><td>11</td></tr></table>									PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA			1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9.	10	11	FECHA DE CULMINACION:		
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA																									
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9.	10	11																					
									MES		AÑO																				
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 SI NO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO						TERMINACIÓN MES AÑO		No. DE TARJETA																			
			X																												
ESPECÍFQUE 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																			
INDIGENA						X																									
ESPAÑOL				R																											

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona
Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

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
T		

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

35.035.195
MAJORE PERNIA

LIGIA

NO FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1969

TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.40

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

05-AGO-1993 TIERRALTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1305800-00246091-F-0035035195-20100724

0023025714A 2

34943309



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

LIGIA MAJORE PERNIA

Identificada con cédula No. 35035195

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; el día 14 de enero de 2026.



ANTONIO RODRIGUEZ BARRETO

Ingeniero de Alimentos

T.P. 22254196764COR



Paciente : LIGIA MAJORE PERNIA

Historia : 35035195

Doc. Id : 35035195

Edad/Sexo: 33 / F

Teléfono :

Remisión : 96000395

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 15/02/2026 18:49:05

Primera Impresión : 19/02/2026 14:59:42

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

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: 15/02/2026 18:51:58

Juan Camilo

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

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

Cocos gram positivos

+

Bacilos gram positivos

No se observa.

Bacilos gram negativos

No se observa.

levaduras

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 LIGIA MAJORE PERNIA con CC N° 35035195 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

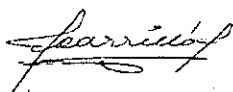
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

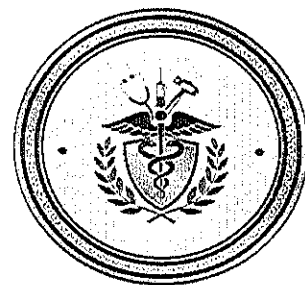
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos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

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de TIERRALTA, el día 20 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)

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BAILARIN	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DOMICO	NOMBRE LILIANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C X C.E PAS No. 1.192.890.131	SEXO F X M	NACIONALIDAD COL. X EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE	SEGUNDA CLASE	NÚMERO
D.M		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 15 MES 12 AÑO: 1998 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA	DIRECCIÓN: COMUNIDAD RIO VERDE PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA TELÉFONO: 3126770863 CORREO: wilfredomiru@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					FECHA DE CULMINACION:	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9.	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
		SI	NO		MES	AÑO	
			X				

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
INDIGENA			X						
ESPAÑOL	R								

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona
Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

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
T		

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).

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

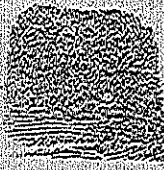
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO -RESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

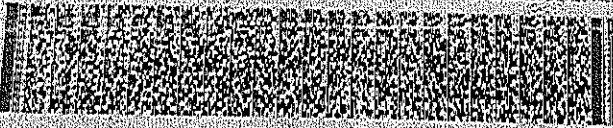
NÚMERO 1.192.890.131
BAILARIN DOMICO
APPELLIDOS
LILIANA
NOMBRES

Liliana B D
Firma



FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1998
TIERRALTA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ F
ESTATURA S.S. RH SEXO
25-ENE-2017 TIERRALTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN DANILO DOMINGO VACIA



P: 2035890-00891893 F: 1192890131-20170329 0054631589A.1 47731301



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

LILIANA BAILARIN DOMICO

Identificada con cédula No. 1192890131

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; el día 14 de enero de 2026.



ANTONIO RODRIGUEZ BARRETO

Ingeniero de Alimentos

T.P. 22254196764COR



Paciente : LILIANA BAILARIN DOMICO

Historia : 1192890131

Doc. Id : 1192890131

Edad/Sexo: 27 / F

Teléfono :

Remisión : 96000396

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 15/02/2026 18:52:15

Primera Impresión : 19/02/2026 14:59:56

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

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: 15/02/2026 18:54:57

Juan Camilo

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia

Moco

Sangre

ESTUDIO MICROSCOPICO

Hemates

Flora cocobacilar

Leucocitos

EXAMEN PARASITOLOGICO

Negativo para Parasitos Intestinales

Amarillo

Blanda

Escasas

Escasas

0-2

xcampo

Normal

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 micóticas

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 LILIANA BAILARIN DOMICO con CC N° 1192890131 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

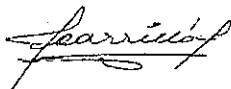
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

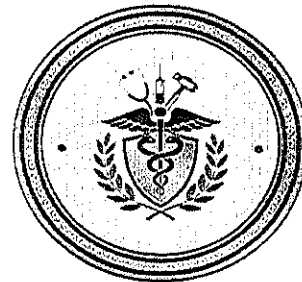
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos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

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de TIERRALTA, el día 20 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)

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CUNAPA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CHARA		NOMBRE CAELINA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C X C.E PAS No. 26.227.008				SEXO F X M	NACIONALIDAD COL. X EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE		SEGUNDA CLASE		NÚMERO	D.M
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 11 MES 01 AÑO: 1969 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA				DIRECCIÓN: COMUNIDAD RIO VERDE PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA TELÉFONO: 3126770863 CORREO: wilfredomiru@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 CULMINACION:	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9.	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
		SI	NO		MES	AÑO	
			X				

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
INDIGENA			X						
ESPAÑOL	R								

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona
Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

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
T		

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).

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 -RESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26227008

CUNAPA CHARA
APELLIDOS

CARLINA
NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-ENE-1969

TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

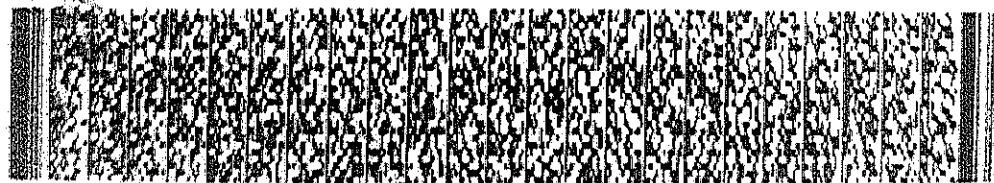
SEXO

25-MAR-1999 TIERRALTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1305800-57081663-F-0026227008-20010824

00086 01236M 01 068165650



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

CARLINA CUÑAPA CHARA Identificada con cédula No. 26227008

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; el día 14 de enero de 2026.



ANTONIO RODRIGUEZ BARRETO
Ingeniero de Alimentos
T.P. 22254196764COR



Paciente : CARLINA CUÑAPA CHARA

Historia : 26227008

Doc. Id : 26227008

Edad/Sexo: 57 / F

Teléfono :

Remisión : 96000397

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 15/02/2026 18:55:14

Primera Impresión : 19/02/2026 15:00:20

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

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: 16/02/2026 10:53:36

Juan Camilo

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color

Amarillo

Consistencia

Blanda

Moco

Escasas

Sangre

Escasas

ESTUDIO MICROSCOPICO

Hemates

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

Cocos gram positivos

+

Bacilos gram positivos

No se observa.

Bacilos gram negativos

No se observa.

levaduras

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 CARLINA CUÑAPA CHARA con CC N° 26227008 de sexo FEMENINO, se encuentra en buen estado de salud.

ANTECEDENTE: NIEGA

EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIONES

FROTIS DE GARGANTA: NORMAL

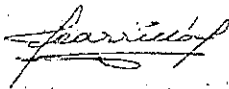
KOH DE UÑAS: NORMAL

CROPOLOGÍCO: NORMAL

VDRL SEROLOGIA: NO REACTIVO

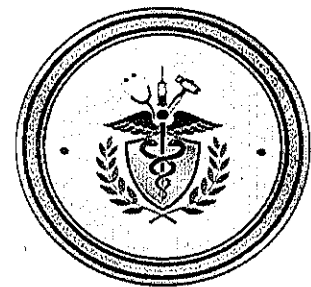
VALORACIÓN MÉDICA: Certifico que la paciente en mención de la parte superior del escrito goza de buena salud tanto física como mental, no posee enfermedad infectocontagiosa, paraclínicos dentro de los valores normales, por tal motivo se encuentra apta para realizar actividades de manipulación de alimentos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

Se expide para presentar para fines laborales por parte del **Consorcio Córdoba Alimenta 2026**, en el municipio de TIERRALTA, el día 20 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





Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DOMICO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DOMICO		NOMBRE GLASMIRI	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C X C.E PAS No. 1.073.977.544				SEXO F X M	NACIONALIDAD COL. X EXTRANJERO
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE		SEGUNDA CLASE		NÚMERO	D.M
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA: DÍA 19 MES 04 AÑO: 2006 PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA				DIRECCIÓN: COMUNIDAD RIO VERDE PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO: TIERRALTA TELÉFONO: 3126770863 CORREO: wilfredomiru@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 CULMINACION:	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	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
		SI	NO		MES	AÑO	
			X				

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
INDIGENA			X			X			X
ESPAÑOL	R		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			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
				COLOMBIA		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
	MUNICIPIO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELEFONO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA			DIRECCION		

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.073.977.544

DOMICO DOMICO

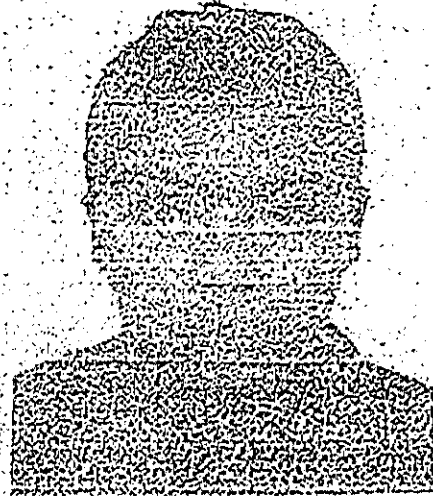
APELLIDOS

GLASNIRIS

NOMBRES

Glasniris D.D.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-ABR-2006

TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

19-ABR-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

F

63 RH

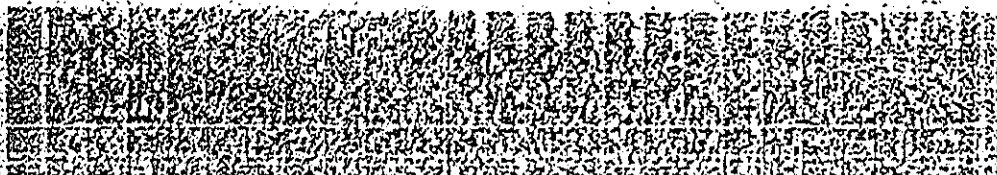
SEXO

02-AGO-2015 TIERRALTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

RECIBO DE ENTREGA

Handwritten signature and stamp



A: 1305800-0-269687-F-1072977544-20220017

007823335A1

ESG-100478



CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN A MANIPULADORAS DE ALIMENTOS

GLASNIRIS DOMICO DOMICO **Identificada con cédula No. 1073977544**

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; el día 14 de enero de 2026.



ANTONIO RODRIGUEZ BARRETO
Ingeniero de Alimentos
T.P. 22254196764COR



Paciente : GLASNIRIS DOMICO DOMICO

Historia : 1073977544

Doc. Id : 1073977544

Edad/Sexo: 19 / F

Teléfono :

Remisión : 96000472

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 26/02/2026 11:16:47

Primera Impresión : 27/02/2026 07:50:34

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

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: 26/02/2026 22:05:09

Juan Camilo

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564

MICROSCOPIA

COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO

color
Consistencia

Moco

Sangre

ESTUDIO MICROSCOPICO

Hemates

Flora cocobacilar

Leucocitos

EXAMEN PARASITOLOGICO

Negativo para Parasitos Intestinales

Amarillo

Blanda

Escasas

Escasas

0-2

xcampo

Normal

0-2

x campo

FROTIS DE SECRECION FARINGEO

REACCION POLIMORFO NUCLEAR

GRAM

Cocos gram positivos

Bacilos gram positivos

Bacilos gram negativos

levaduras

+

No se observan.

No se observan.

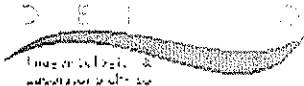
No se observan.

EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH

Muestra negativa para estructuras micoticas

Muestra

Raspado de uñas.



Paciente : GLASNIRIS DOMICO DOMICO

Historia : 1073977544

Doc. Id : 1073977544

Edad/Sexo: 19 / F

Teléfono :

Remisión : 96000472

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

Convenio : CONSORCIO CORDOBA ALIMENTA 2026

Fecha Ingreso : 26/02/2026 11:16:47

Primera Impresión : 27/02/2026 07:50:34

Médico : MEDICO NO IDENTIFICADO

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			

Validación: 26/02/2026 21:48:15

JUAN CAMILO PEREZ HUMANEZ

03564