INFORME DE BODEGA

REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S

NIT: 901.210.660 – 0

LETICIA - AMAZONAS

Tabla De Contenido

INTRODUCCIÓN....3

OBJETIVO DEL INFORME....4

ALCANCE....5

DESCRIPCIÓN DE LA BODEGA....6

Cumplimiento De Normativas De La Bodega....13

CONCLUSIONES....14

INTRODUCCIÓN

Este informe presenta un análisis exhaustivo y detallado de la bodega de REPRESENTACIONES AMAZONAS SAS. En primer lugar, se incluye una evaluación completa del inventario actual, abarcando todos los productos almacenados, como neveras, congeladores, estanterías, vehículos de carga tipo furgón y demás elementos. Además, se describen los requisitos normativos y operativos que la bodega cumple, asegurando que todas las operaciones se realizan de acuerdo con la normatividad vigentes.

El informe también contiene un apartado específico sobre el vehículo de carga, proporcionando información detallada sobre cada uno de ellos, incluyendo su capacidad, estado de mantenimiento y cumplimiento de las normativas de transporte de alimentos. Se identifican las áreas clave de almacenamiento dentro de la bodega, destacando la organización y distribución de los espacios para optimizar la eficiencia y seguridad en las operaciones diarias.

Finalmente, se verifica el cumplimiento de normativas y estándares, asegurando que la bodega opera bajo las BPM y cumple con todas las regulaciones legales y de seguridad. Este análisis integral permite a REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S mantener un control riguroso sobre sus operaciones logísticas y garantizar la calidad y seguridad de sus servicios.

OBJETIVO DEL INFORME

Describir el estado actual de la bodega implica proporcionar una caracterización detallada de todas las áreas y aspectos operativos de la instalación. Esto incluye una presentación minuciosa de la infraestructura, el estado de conservación de los equipos y la disposición de los espacios de almacenamiento. Además, se debe ofrecer una visión completa del contenido de la bodega, identificando cada uno de los elementos almacenados, como neveras, congeladores, estanterías, alimentos, estibas, canastillas y elementos de aseo.

Es fundamental verificar el cumplimiento de los requisitos necesarios para la operación de la bodega, lo que abarca tanto las normativas de seguridad y salud ocupacional como las regulaciones legales y ambientales. Esto incluye la revisión de la documentación pertinente, como licencias y permisos, así como la implementación de medidas de seguridad, como la instalación de extintores, señalización adecuada y capacitación del personal en procedimientos de emergencia.

Asimismo, se debe asegurar que las condiciones de almacenamiento sean óptimas, manteniendo la temperatura adecuada para productos perecederos y garantizando la higiene y el mantenimiento regular de la instalación. Este proceso integral de evaluación y verificación permite asegurar que la bodega opere de manera eficiente, segura y conforme a las BPM.

ALCANCE

Este informe proporciona una caracterización exhaustiva de todas las operaciones y actividades realizadas en la bodega de REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S. Se han recopilado y analizado datos detallados que incluyen la gestión de existencias y el mantenimiento de la instalación.

El análisis abarca todas las áreas de la bodega, desde la recepción de productos hasta su almacenamiento y posterior despacho. Se han evaluado aspectos críticos como la organización de los espacios de almacenamiento, la eficiencia en la distribución de mercancías, y el cumplimiento de las normativas del sistema de gestión de inventarios haciendo énfasis de las PEPS. Además, se ha prestado especial atención a las condiciones de almacenamiento, asegurando que se mantengan las temperaturas adecuadas para productos perecederos y que se cumplan los estándares de higiene necesarios para la conservación de alimentos.

Este informe también incluye una revisión detallada del vehículo de carga utilizado por la empresa, verificando que cumplen con todas las regulaciones legales y de seguridad. Se han documentado las medidas de mantenimiento y las capacitaciones del personal para garantizar la operatividad y seguridad de las operaciones logísticas.

REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S.

DESCRIPCIÓN DE LA BODEGA

Distribución de espacios*:* La bodega de REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S está meticulosamente organizada para optimizar la eficiencia operativa y garantizar la seguridad de los productos almacenados. La distribución de los espacios se ha diseñado teniendo en cuenta las mejores prácticas de logística y almacenamiento, y se divide en varias áreas específicas:

REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S
Bodega


REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S.

DESCRPCIÓN	FOTOGRAFÍA
Almacenamiento General	
Espacio amplio y bien ventilados destinados al almacenamiento de productos no perecederos.	
Almacenamiento Refrigerado	
Áreas específicas con control de temperatura como neveras y congeladores, asegurando que se mantengan las condiciones óptimas para la conservación de productos fríos.	 

CRA 9 No 7 - 62 3127532039 EMAIL representacionesamazonas@gmail.com

REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S.

Sección dedicada al almacenamiento de alimentos, con Condiciones de higiene estrictas y contro de temperatura para garantizar la frescura y seguridad de los productos.









Vehículo de Carga	
vehículo de carga, asegurando que esté siempre listos para su uso.	  

Equipamiento de bodega

Seccion dedicada al equipamiento de bodega, organizada para facilitar el acceso y la gestión de elementos.



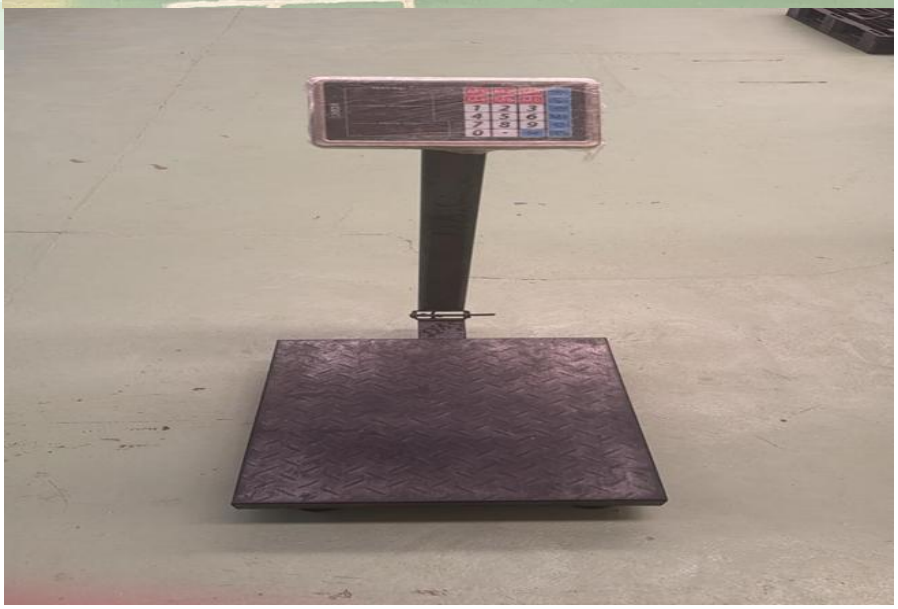




REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S.



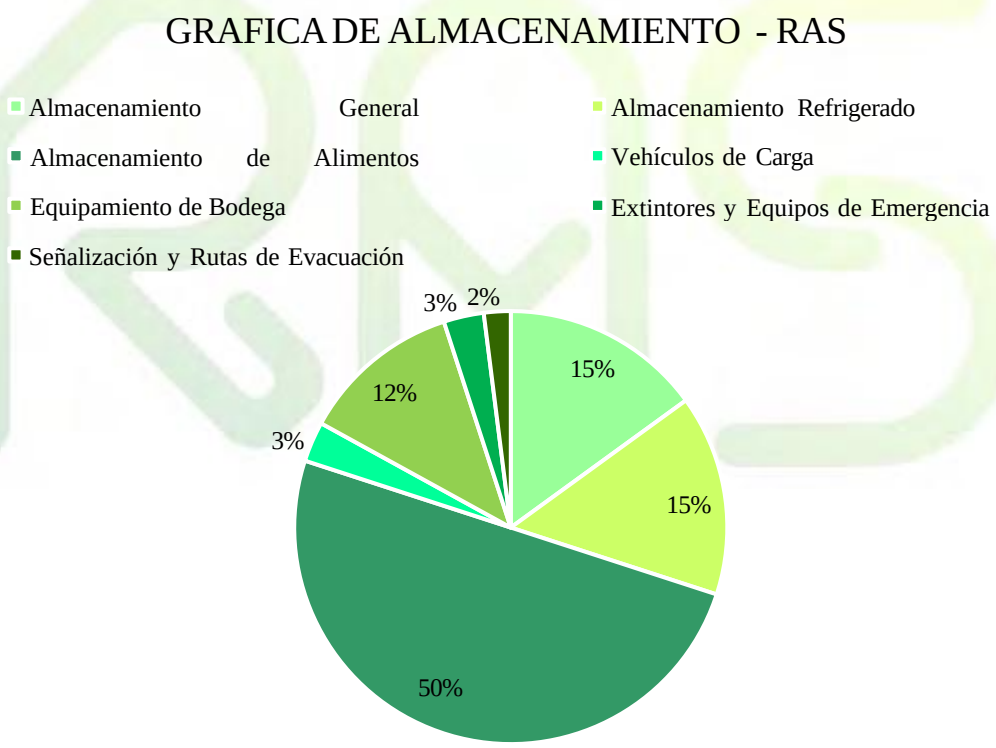




CRA 9 No 7 - 62 3127532039 EMAIL representacionesamazonas@gmail.com

Esta distribución de espacios permite a REPRESENTACIONES AMAZONAS SAS mantener un flujo de trabajo eficiente, minimizar los tiempos de manipulación y asegurar que todos los productos se almacenen en condiciones óptimas. Además, facilita el cumplimiento de las normativas de seguridad, garantizando un entorno de trabajo seguro y organizado.

Se ha creado una gráfica de pastel que muestra la distribución de espacios en la bodega en niveles de porcentaje de REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S según la siguiente información proporcionada:



FUMIGACIONES ARA

FUMIGAMOS CONTRA TODA CLASE DE ARTROPODOS, CONTROL DE ROEDORES Y MURCIELAGOS EN EMPRESAS, VIVIENDAS, APARTAMENTOS, LOCALES COMERCIALES Y TODA CLASE DE EMBARCACIONES EXPEDIMOS CERTIFICADO DE CONTROL DE PLAGAS
NIT. 6565456-1, CELULAR 3229465003.

CERTIFICADO

Se realizó el servicio de Fumigación de control de plagas al establecimiento: ***REPRESENTACIONES AMAZONAS SAS. NIT: 901210660-0, RL: SANDRA MILENA CASTAÑO A. DIRECCION: CR 9 # 7 - 62, FECHA: 10/04/2026.*** *Con insecticida ICON 10 ME, producto autorizado por la Secretaria de Salud, con un efecto residual de Seis (6) meses contra: artrópodos, voladores, rastreros, zancudos, cucarachas, moscas, hormigas, pulgas garrapatas, comején, arañas, chinches, entre otros.*

ALFREDO ROJAS ALDANA
Nit. 6.565.456-1 de Leticia –Amazonas
Concepto Sanitario No. 175 Favorable
Matricula Mercantil No. 11368

Icon® 10ME

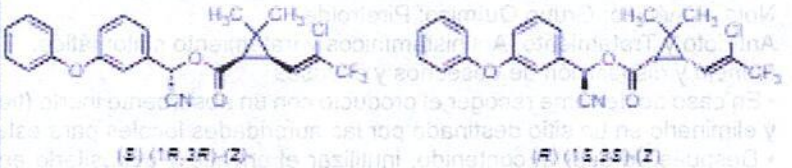
Insecticida

Tipo de formulación: Liquido Microencapsulado - ME
Tipo de producto: Insecticida uso salud publica
Registro No: RGSP-0029-96

CARACTERÍSTICAS / BENEFICIOS

ICON® 10 ME tiene tecnología iCap® que proporciona largo efecto residual. Indicado para el control de insectos voladores y rastreros, es una importante herramienta para el control general de plagas y programas de salud pública.

GENERALIDADES

Ingrediente Activo:	Lambdacihalotrina
Nombre Químico: (IUPAC)*	R+S)-alfa-ciano-3-fenoxibencil (R+S)-cis-3-(Z-2-cloro-3,3,3-trifluoroprop-1-enil)-2-2-dimetilciclopropano carboxilat
Formulación:	Liquido Microencapsulado - ME
Concentración:	100 g/l
Nombre Comercial:	ICON® 10 ME
Fórmula Estructural:	
Fórmula Empírica:	$C_{23}H_{19}ClF_3NO_3$
Grupo Químico:	Piretroide

*IUPAC: International Union of Pure and Applied Chemistry.

3. PROPIEDADES FISICOQUÍMICAS DE LA FORMULACIÓN

Estado Físico:	Líquido
Flamabilidad:	Beige claro o marron
Densidad de la formula	1.04 g/cm^3 (25°C)

TOXICOLOGIA

CATEGORIA TOXICOLOGICA III

"LEER CUIDADOSAMENTE ESTA ETIQUETA ANTES DE USAR EL PRODUCTO"
"MANTENER EL PRODUCTO BAJO LLAVE, FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS"

PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS DE USO

• Almacenar el producto en el envase original, etiquetado y cerrado, alejado de alimentos y medicinas para uso humano y veterinario, bajo condiciones que garanticen su conservación. Conservar a temperatura ambiente (entre 15 °C y 30 °C) en un lugar oscuro, fresco y seco.
• No almacenar en casas de habitación. No almacenar ni transportar conjuntamente con alimentos, medicinas, bebidas ni forrajes.
• Perjudicial si se ingiere. Evitar la ingestión del producto.
• No inhalar la nube de aspersión.
• Evitar el contacto con la piel, ojos y ropa. El contacto con la piel puede causar picazón, hormigueo, ardor o entumecimiento de la piel expuesta, llamado parestesia. Los efectos son transitorios y duran hasta 24 horas.
• No comer, beber o fumar durante las operaciones de mezcla y aplicación.
• Después de usar el producto cámbiese, lave la ropa contaminada y báñese con abundante agua y jabón.
• Utilice equipo de protección durante la mezcla y aplicación (Camisa de manga larga y pantalones largos, delantal, botas, mascarilla, careta de protección y guantes)
Primeros auxilios: "En caso de intoxicación llame al médico inmediatamente o lleve al paciente al médico y muéstrele la etiqueta"
Por ingestión: Lleve inmediatamente al paciente al médico y muéstrele la etiqueta. No induzca el vómito. Por inhalación: Retire al paciente del lugar de exposición y manténgalo en reposo. Como precaución acuda al médico. Por contacto con la piel: quítese la ropa contaminada y lávese la piel con abundante agua. Por contacto con los ojos: Lave inmediatamente con agua, durante 15 minutos como mínimo. Nada debe darse por la boca a una persona inconsciente.
EMERGENCIAS TOXICOLOGICAS 24 HORAS CISPROQUIM: 018000916012 FUERA DE BOGOTÁ. EN BOGOTÁ COMUNICARSE CON EL TELÉFONO 2886012.
Nota al médico: Grupo Químico: Piretroide.
Antídoto y Tratamiento: Antihistamínicos y tratamiento sintomático.
Manejo y disposición de desechos y envases
• En caso de derrame recoger el producto con un absorbente inerte (tierra, aserrín, silica gel u otro) y eliminarlo en un sitio destinado por las autoridades locales para este fin.
• Después de usar el contenido, inutilizar el envase y depositarlo en un lugar destinado por las autoridades locales para este fin.
• Ningún envase que haya contenido plaguicidas debe utilizarse para contener alimentos o agua para consumo.
Medidas de protección del medio ambiente
• Muy tóxico para los organismos acuáticos, con efectos nocivos duraderos.
• No permita que la aplicación entre en contacto con agua donde haya peces, tales como acuarios o peceras, ya sea dentro o cerca a las instalaciones que vayan a ser tratadas.
• No contaminar fuentes de agua con los restos de la aplicación, sobrantes del producto, desechos de la limpieza del equipo de aplicación o envases vacíos.
• Altamente tóxico para abejas. No aplique o elimine el producto cerca a colmenas de abejas.

Aspersión para plagas generales: Mantener ventiladas las áreas durante y después de la aplicación. No se recomienda reingresar al área tratada antes de 2 horas o hasta que se seque la mezcla aplicada.

INFORMACIÓN SOBRE RESPONSABILIDAD CIVIL:
El titular del registro garantiza que las características físico-químicas del producto contenido en este envase corresponden a las anotadas en la etiqueta y que es eficaz para los fines aquí recomendados, si se usa y maneja de acuerdo con las condiciones e instrucciones dadas.

TITULAR DEL REGISTRO
Syngenta S.A.
Calle 116 No 7- 15
Bogotá, D.C., Colombia

Los nombres de producto que contengan ® o ™ y el logo de Syngenta son marcas comerciales de una Compañía del Grupo Syngenta

Fecha de actualización: 05-03-25

CAMPOS DE APLICACIÓN (USOS) Y DOSIS

INSTRUCCIONES DE USO

Se diluye fácilmente en agua y puede ser aplicado por aspersión manual o motorizada en las siguientes recomendaciones:

Plagas y vectores	Dosis y técnica de aplicación.	Área a tratar y rendimiento
Para plagas generales: Cucarachas, hormigas, moscas, pulgas.	Aspersión: 2.5 ml/l	Aplíquese en superficies interiores o exteriores. Rendimiento de la mezcla para 20 m2
Arácnidos: arañas y alacranes (escorpiones).	7.5 ml/l	Aspersión: 2.5 ml / l
Mosquitos que transmiten Malaria (*Anopheles* spp.), Dengue, Zika, Chikunguya (*Aedes* spp).	7.5 ml / l Aspersión: Aplicar de acuerdo a la técnica de IRS (Indoor Residual Spraying) de la OMS, con boquillla 8002 abanico plano Rango de 20 a 30 mg de i.a./ m2	Equivale a diluir de 50 a 75 ml/10 l de mezcla en agua para tratar 250 m2
Mosquitos que transmiten Malaria (*Anopheles* spp.), Dengue, Zika, Chikunguya (*Aedes* spp).	Nebulización: a) Ultra Bajo volumen (en frío): Dosis especificadas por la OMS*: rango de 1 a 2 g de i.a./ ha b) Termonebulización: Dosis especificadas por la OMS*: rango de 1 a 2 g de i.a./ ha	Equivalente al rango de 10 a 20 ml de producto / ha..

*OMS: Organización Mundial de la Salud

Para el control de plagas generales se debe monitorear el nivel de infestación y evaluar la necesidad de nueva aplicación. Considerar un intervalo mínimo de 15 días. En áreas donde animales domésticos tengan contacto directo, se recomienda la remoción del producto con agua usando guantes. Priorizar la aplicación focalizada en grietas, hendiduras y otras áreas donde se concentran las plagas, evitando el uso generalizado en paredes y pisos con escurrimiento y acumulación de mezcla insecticida.

Alimentos, utensilios de cocina, ropa de cama, juguetes y prendas de vestir deben protegerse. Todos los muebles deben moverse, para que puedan asperjarse las paredes y partes posteriores e inferiores de muebles. Las áreas ocupadas por personas enfermas que no puedan moverse o alérgicas no deben ser tratadas. Animales domésticos, incluso aves, deben ser llevados fuera del inmueble y las peceras o estanques con peces o reptiles deben taparse con plástico. Informar a la población con anterioridad la fecha y hora en que se va a realizar la aplicación.

Tiempo de reingreso al área tratada: Campañas de control de vectores: 1 hora, previa limpieza de cualquier derrame que ocurriese durante la aplicación. Ventilar abriendo puertas y ventanas.

CONCLUSIONES

En conclusión, la bodega de REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S se encuentra en un estado excelente, evidenciando una organización y distribución óptimas que no solo facilitan la eficiencia operativa, sino que también garantizan la seguridad y calidad de los productos almacenados. A lo largo del informe, se han identificado y destacado varios puntos clave que respaldan esta afirmación, proporcionando una visión integral de las operaciones y condiciones de la bodega. La infraestructura de la bodega está en perfectas condiciones, con espacios bien definidos y mantenidos adecuadamente. Las áreas de recepción, almacenamiento, despacho y zonas específicas para neveras, congeladores, estanterías, alimentos, vehículo, están claramente delimitadas y organizadas, lo que permite un flujo de trabajo eficiente y ordenado. La bodega cumple con todas las normativas legales y sanitarias vigentes, además, se han implementado programas de control de plagas y fumigación.

Con todas las condiciones necesarias cumplidas, es relevante informar que la bodega de REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S está plenamente apta para comenzar a operar y apoyar el Programa de Alimentación Escolar (PAE). Este logro es el resultado de un esfuerzo conjunto y una planificación meticulosa para asegurar que todas las normativas y requisitos se cumplan a cabalidad.

Sandra Castaño

SANDRA MILENA CASTAÑO ALVAREZ
Represéntate Legal

Libertad y Orden

República de Colombia
GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS
Secretaria de Salud Departamental
Grupo Salud Pública – Proyecto Seguridad Sanitaria y Ambiental

Departamento de Amazonas

CONCEPTO SANITARIO A SOLICITUD DEL INTERESADO

CONCEPTO SANITARIO No.:	**001**
FECHA:	Martes, 14 de enero del 2025
TIPO DE SUJETO SANITARIO:	ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS
RAZÓN SOCIAL:	**REPRESENTACIONES AMAZONAS S.AS.**
PROPIETARIO/ REPRESENTANTE LEGAL:	SANDRA MILENA CASTAÑO ALVAREZ
DIRECCIÓN:	CALLE 8 No. 7-58
CONCEPTO SANITARIO:	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS

El establecimiento no cumple totalmente con los requisitos y condiciones sanitarias, pero no representa o constituye un riesgo inminente para la salud pública o la seguridad Sanitaria.

M.V BRAHYAN BARACALDO SUAREZ
P.U. Proyecto Seguridad Sanitaria y Ambiental

VIVIAN GISSELL PINEDA BARRETO
Técnico Área de Salud

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN SANITARIA PARA SUJETOS O ESTABLECIMIENTOS CON ACTIVIDADES DE ALMACENAMIENTO, EXPENDIO, PREPARACIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Departamento de Amazonas

DEPARTAMENTO	Amazonas	MUNICIPIO	Leticia	FECHA	14/07/2025 (día / mes /año)
CÓDIGO DIVIPOLA DEPARTAMENTO	91	CÓDIGO DIVIPOLA MUNICIPIO	001	NUMERO DE INSCRIPCIÓN	91001901210660

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	Representaciones Amazonas S.A.S.		
NOMBRE COMERCIAL	Representaciones Amazonas S.A.S		
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NIT [X]	Número de Identificación Tributaria	901210660-0

PERSONA NATURAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO	//				
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO	//				
*TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. [ ]	C.E [ ]	Número de documento		

IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO
(Esta sección debe ser diligenciada con la información aportada por el responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

*DIRECCIÓN /UBICACIÓN DE L ESTABLECIMIENTO	Calle 8 #7-58								
Rural [ ]	Urbano [ ]	Barrio	X	Vereda					
Comuna [ ]	Localidad [ ]	Sector [ ]	Corregimiento [ ]	Caserío [ ]	UPZ [ ]				
Otro [ ]	Cuál:	Centro							
TELÉFONO		FAX:	//	CELULAR:	3127532039				
CORREO ELECTRÓNICO:	representacionesamazonas@gmail.com								
*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN FISÍCA	Calle 8 #7-58								
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	//	Autoriza la notificación electrónica?	SI [ ]	NO [X]					
*MUNICIPIO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Leticia	*DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	Amazonas						

Seleccione con (X) las actividades que se desarrollan en el establecimiento o sujeto:

Preparación Alimentos	Restaurante		Expendio Alimentos	Expendio		Venta Vía Pública	Puesto fijo o estacionario		
	Cafetería			Productos de la pesca			Puesto móvil o ambulante		
	Panadería y/o Pastelería		Grandes Superficies	Hipermercado / Supermercado			Estacionario con preparación de alimentos		
	Jugos, Frutería y/o Heladería		Ensamble Alimentos	Ensamble menú			Ambulante con preparación de alimentos		
				Ensamble refrigerio		Expendio Bebidas Alcohólicas			
Comedores	Programas sociales del estado		Almacenamiento	Almacenamiento a temperatura ambiente	X	Plazas de Mercado	Plaza de Mercado		
	Comedores carcelarios o penitenciarios (USPEC)			Dador de frío			Central de Abasto		

Nota: este formulario no aplica para Almacenamiento y Expendios de carne y/o productos cárnicos comestibles y comercializadores de leche cruda para consumo humano, estos deben inscribirse con los formularios de su normatividad específica o demás que los modifique o sustituya (Resolución 3753 de 2013 y Decreto 1880 de 2011)

EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD
(Esta sección debe ser diligenciada por la Entidad Territorial de Salud)

¿El establecimiento ha sido inspeccionado por la entidad territorial de salud? SI [ ] NO [ ]

Fecha de última inspección: día / mes /año — Ultimo concepto sanitario emitio: //

Funcionario que realiza Inscripción: //

OBSERVACIONES:

Por parte de la autoridad sanitaria cuando se recibe el formulario:

Por parte del responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento:

ENTREGADO POR: (Responsable de la inscripción del sujeto o establecimiento)

NOMBRE COMPLETO: Sandra Castaño	FIRMA:
CÉDULA: 1.026.6[illegible]23	EN CALIDAD DE: Representante Legal

RECIBIDO POR: (Funcionario Entidad Territorial de Salud - ETS)

NOMBRE COMPLETO: Yhuan Nicolai Rivera Romero	FIRMA:
CÉDULA: 1.010.[illegible]823	EN CALIDAD DE: TECNICO PROFESIONAL

Se entrega copia al interesado.

ACTA DE INSPECCION SANITARIA CON ENFOQUE DE RIESGO PARA ESTABLECIMIENTOS DE ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. INVIMA

Departamento de Amazonas

CIUDAD: Leticia | FECHA: día/mes/año25 | ACTA N°: - - 0001

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: ALMACENAMIENTO A TEMPERATURA AMBIENTE [X] DADOR DE FRÍO [ ]

ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD: Secretaria de Salud Departamental

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

* CAMPO OBLIGATORIO

RAZÓN SOCIAL: Representaciones Amazonas S.A.S.

*CÉDULA / NIT: 901210660-0 | *NÚMERO DE INSCRIPCIÓN: 9100190121066O

*NOMBRE COMERCIAL: Representaciones Amazonas S.A.S.

*DIRECCIÓN: Calle 8 # 9-58 | MATRICULA MERCANTIL: 20139

*DEPARTAMENTO: Amazonas | *MUNICIPIO: Leticia

Barrio [X] Vereda [ ] Comuna [ ] Localidad [ ] Sector [ ] Corregimiento [ ] Caserío [ ] UPZ [ ]

Otro [ ] Cuál: Centro

TELÉFONOS: 3127532039 | FAX: —

CORREO ELECTRÓNICO: representacionesamazonas@gmail.com

NOMBRE DEL PROPIETARIO: Representaciones Amazonas S.A.S

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [ ] C.E. [ ] NIT [X] Número de documento: 901210660-0

*NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Sandra Milena Castaño Alvarez

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. [X] C.E. [ ] NIT [ ] *Número de documento: 1036603437

*DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: Calle 8 # 7-58

*DEPARTAMENTO: Amazonas | *MUNICIPIO: Leticia

*HORARIO Y DÍA DE FUNCIONAMIENTO: D-D 8:00am-5:00pm | *NÚMERO DE TRABAJADORES: 7

CONCEPTO SANITARIO DE ULTIMA VISITA SANITARIA

FECHA DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	día / mes /año			% DE CUMPLIMIENTO DE LA ÚLTIMA INSPECCIÓN	%
		FAVORABLE			
		FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS			
		DESFAVORABLE			

*MOTIVO DE LA VISITA

PROGRAMACIÓN		SOLICITUD DEL INTERESADO	X	ASOCIADA A PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS	
SOLICITUD OFICIAL		EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA		SOLICITUD DE PRÁCTICA DE PRUEBAS/ PROCESOS SANCIONATORIOS ADMIN.	
OTRO		Especifique:			

EVALUACIÓN

Aceptable (A)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple la totalidad de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Aceptable con Requerimiento (AR)	Marque con una X cuando el establecimiento cumple parcialmente los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Inaceptable (I)	Marque con una X cuando el establecimiento no cumple ninguno de los requisitos descritos en el instructivo para el aspecto a evaluar
Crítico (C)	Marque con una X la casilla "C" cuando el incumplimiento del aspecto a verificar afecte la inocuidad de los alimentos y deba aplicar Medida Sanitaria de Seguridad que impida que el establecimiento continúe ejerciendo sus labores

I. CONDICIONES SANITARIAS DE INSTALACIONES Y PROCESO

1	EDIFICACION E INSTALACIONES	A	AR	I	HALLAZGOS
1.1	Localización y diseño. *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numerales 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2,3 y 2.6.)*	4 X	2	0	C
1.2	Condiciones de pisos y paredes. *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numeral 1, 2.)*	4	2 X	0	Se evidencia desprendimiento de pintura en área de almacenamiento, se evidencia humedad en paredes de Bodega Primer Piso y mezanine Segundo Piso, Rejilla de Sifon en Baño Roto. C
1.3	Techos, iluminación y ventilación. *(Resolución 2674/2013, Artículo 7, Numerales 3, 4, 5.1, 7, 8.)*	4	2 X	0	Se evidencia platon de Bombillo en Techo Suelto, se evidencia humedad techo Primer piso. C
1.4	Instalaciones sanitarias. *(Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 6.1, 6.2, 6.3, 6.4.)*	5	2,5 X	0	no cuenta con aviso para el lavado de manos en Baño, Cuenta no es de accionamiento manual, no cuenta con toallas desechables o equipos automaticos para el secado de manos C
	CALIFICACIÓN DEL BLOQUE			10,5	La calificación del bloque corresponde al 17% del total del acta

2	EQUIPOS Y UTENSILIOS	A	AR	I	HALLAZGOS
2.1	Condiciones de equipos y utensilios. (Resolución 2674/2013, Artículo 8, Artículo 9, Numerales 1, 6, 8 y 9, Artículo 10, Numerales 2 y 3. Artículo 34.)	7	3,5	0	no cuenta con termometro o equipos para la verificacion de temperaturas de recepción, almacenamiento y distribución C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				3,5	La calificación del bloque corresponde al 7% del total del acta
3	PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS	A	AR	I	HALLAZGOS
3.1	Estado de salud (signos/lesiones). (Resolución 2674/2013, Artículo 11; Numeral 1, 2, 4, 5. Artículo 14, Numeral 12.)	8	4	0	no cuenta con calificacion medica en la cual conste la aptitud o no para manipular alimentos C
3.2	Reconocimiento médico. (Resolución 2674 de 2013, Artículo 11, Numeral 1, 2, 3, 4)	3	1,5	0	no presenta la totalidad de certificados medicos del personal que labora, aunque si cuenta con algunos (analizados clinicos), no cuentan con aptitud para manipular alimentos C
3.3	Prácticas higiénicas. (Resolución 2674/2013, Artículo 14, Numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 14. Artículo 36. Artículo 35, Numeral 5 y 7.)	8	4	0	/ C
3.4	Educación y capacitación. (Resolución 2674/2013, Artículos 12 y 13. Artículo 36.)	3	1,5	0	/ C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				1,5	La calificación del bloque corresponde al 22% del total del acta
4	REQUISITOS HIGIENICOS	A	AR	I	HALLAZGOS
4.1	Recepción y requisitos legales. (Resolución 2674/2013, Artículo 16, Numerales 1, 3, Artículo 37. Resolución 5109 de 2005. Resolución 1506 de 2011.)	7	3,5	0	no llevan registros de ingreso de materia prima al ingreso C
4.2	Condiciones de almacenamiento. (Resolución 2674/2013, Artículo 28, numerales 1, 4, 5, 6, 7.)	8	4	0	se evidencian productos que no cuentan con la separación adecuada entre pared y techo, se evidencian estibas en material no sanitario - madera, al igual C
4.3	Conservación de los productos. (Resolución 2674/2013, Artículo 18, Numeral 3 Artículo 27, literales a y c, Artículo 28, numerales 2, 3.)	8	4	0	/ C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				15,5	La calificación del bloque corresponde al 23% del total del acta
5	SANEAMIENTO	A	AR	I	HALLAZGOS
5.1	Suministro y calidad de agua potable. (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 3. Resolución 2674/2013, Artículo 6, Numeral 3.1, 3.2, 3.3, 3.5.1, 3.5.2 y 3.5.3, Artículo 26, Numeral 4. Artículo 32, Numeral 8. Resolución 2115 de 2007, Artículo 9.)	5	2,5	0	se desconoce la calidad del agua fisicoquimica y microbiologica C
5.2	Residuos líquidos. (Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numeral 4, Artículo 32, Numerales 5 y 10.)	5	2,5	0	/ C
5.3	Residuos sólidos. (Resolución 2674/2013 Artículo 6, Numerales 5.1, 5.2 y 5.3. Artículo 33, Numerales 5, 6 y 7. Artículo 18, Numeral 11.)	4	2	0	no cuenta con area exclusiva para almacenamiento de productos decomisados como carnes C

5.4	Control integral de plagas. (Resolución 2674/2013 Artículo 26, Numeral 3.)	9		0	C
5.5	Limpieza y desinfección de áreas, equipos y utensilios. (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10, Numeral 1 y 2. Resolución 2674/2013, Artículo 26 Numeral 1.)	6	X	0	Se evidencian residuos debajo de estibas en area de almacenamiento C
5.6	Soportes documentales de saneamiento. (Decreto 1575 de 2007, Artículo 10. Resolución 2674/2013 Artículo 26.)	2	X	0	registros de limpieza y desinfección no especifica la totalidad de areas y equipos para realizar los protocolos establecidos en el Plan de Saneamiento C
CALIFICACIÓN DEL BLOQUE				22,5	La calificación del bloque corresponde al 31% del total del acta

II. CONCEPTO SANITARIO

% DE CUMPLIMIENTO	CONCEPTO. Seleccione con una equis (X) el concepto sanitario a emitir		NIVEL DE CUMPLIMIENTO
68,5%		FAVORABLE	90-100%
	X	FAVORABLE CON REQUERIMIENTOS	60 - 89,9%
		DESFAVORABLE	< 59,9%

En caso que uno o más de los aspectos a evaluar sea identificado como crítico y calificado como Inaceptable (I), independiente del porcentaje de cumplimiento obtenido, el CONCEPTO SANITARIO a emitir será DESFAVORABLE y se procederá a aplicar la MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD respectiva.

III. RELACIÓN DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO TOTAL DE MUESTRAS TOMADAS	
NÚMERO DEL ACTA DE TOMA DE MUESTRAS	

IV. REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Se debe ajustar el establecimiento a la normatividad sanitaria vigente corrigiendo los hallazgos registrados en la presente acta.

V. APLICACIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD

Si	No	Cuál:
	X	

VI. OBSERVACIONES

Por parte de la autoridad sanitaria:

Por parte del establecimiento:

VII. NOTIFICACION DEL ACTA

Para constancia previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta firman los funcionarios y personas que intervinieron en la visita, hoy 14 del mes de Enero del año 2025 en la Ciudad de Leticia.

De la presente acta se deja copia en poder del interesado, representante legal, responsable del establecimiento o quien atendió la visita.

NOTA: El acta debe ser notificada dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días contados a partir de la realización de la visita.

POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS QUE REALIZAN LA VISITA	
FIRMA:	FIRMA: GISELL PINEDA
NOMBRE: Biologa Bibiana Suarez	NOMBRE: JULIAN GISELL PINEDA BARRETO
CÉDULA: 1.018.991.176	CÉDULA: 1010192677
CARGO: PIC Ambiental y de la Salud	CARGO: TECNICO AREA DE SALUD
INSTITUCIÓN: SSDA	INSTITUCIÓN: SSD- SSA
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	
FIRMA: Sandra Castaño	FIRMA:
NOMBRE: Sandra Milena Castaño A.	NOMBRE:
CÉDULA: 1036 603 437	CÉDULA:
CARGO: Representante legal.	CARGO:

HOJA DE VIDA

NUTRICIONISTA

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com



DATOS PERSONALES

NOMBRE	DIANA CAROLINA
APELLIDO	BOSIGA RUBIO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.118.121.010 De Monterrey Casanare
TARJETA PROFESIONAL	05636
FECHA DE NACIMIENTO	20 DE MAYO DE 1989
LUGAR DE NACIMIENTO	Monterrey, Casanare, Colombia
ESTADO CIVIL	Unión Libre
DIRECCIÓN	KR 3E 23-34 CIUDAD NUEVA
TELÉFONO	3174304323-3134884569
E-MAIL	dianabosiga2039@gmail.com

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Como profesional Nutricionista Dietista y especialista en auditoria de la salud, tengo conocimientos en ciencias de la nutrición y alimentación; en el mejoramiento continuo de la calidad en salud, de los procesos de atención integral dentro de los sistemas o modelos de salud, Con consciencia ética, integral, crítico, culturizado con valores individuales y sociales con capacidad reflexiva para la toma de decisiones autónomas y comprometidas para ejercer la profesión en todas las áreas del perfil profesional, en forma interdisciplinaria con sólida formación humanística, unida a un conocimiento integral que me permite desempeñarme en los sectores público y privado. Habilidades para interactuar bajo los criterios de responsabilidad, lealtad y discreción, desde la interdisciplinariedad como una profesional con gran actitud para el trabajo en equipo e individual.

Con capacidades para el ejercicio de la profesión en sus diferentes campos, tanto en lo procedimental como para la investigación; con sensibilidad social, que busca indagar, analizar, interpretar y aplicar todos los conocimientos adquiridos para el aprendizaje de nuevas materias; con mucha disposición y facilidad de desplazamiento. Además de contar con una gran identidad destinada a cumplir una función social, con mentalidad crítica hacia las nuevas tendencias en el área de salud, de una gran capacidad de liderazgo, y buenas relaciones interpersonales.

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

POSGRADO

AUDITORIA EN SALUD

UNIVERSITARIOS

NUTRICIONISTA Y DIETISTA DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

DIPLOMADO

DIPLOMADO EN GESTIÓN INTEGRAL DE PROYECTOS

CURSOS

CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD – PAMEC

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE QUEMADURA CON AGENTES QUÍMICOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESO DE DUELO CON ÉNFASIS EN TERAPIA EMOCIONAL RESOLUCIÓN 3100 / 2019

SEMINARIOS

LA CIENCIA DETRÁS DEL EJERCICIO
ASOCIACIÓN DE MEDICINA DEL DEPORTE DE COLOMBIA

ESTUDIOS SECUNDARIOS

ESCUELA NORMAL SUPERIOR
BACHILLER ACADÉMICO

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

EXPERIENCIA LABORAL

- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar/Centro Zonal Leticia**

CARGO: Nutricionista Dietista de apoyo a la Supervision.
FUNCIONES: Prestar servicios profesionales para apoyar la supervision, en el componente tecnico de los contratos de aporte de los servicios de protección que le sean asignados.
Abril 2023- Diciembre 2023

- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar/Centro Zonal Leticia**

CARGO: Nutricionista Dietista de apoyo a la Supervision.
FUNCIONES: Prestar servicios profesionales para apoyar la supervision, en el componente tecnico de los contratos de aporte de los servicios de protección que le sean asignados.
Enero 2023- Marzo 2023

- **Centro de Internacion para el Adulto Mayor**

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Prestar servicios para la atencion integral y proteccion a adultos mayores, en estado de abandono y alta vulnerabilidad del Centro de internación para el Adulto Mayor-Hogares de paso la Maloka S.A.S del Municipio de Puerto Nariño
JEFE INMEDIATO: Guillermo Otero Zambrano
Junio 2023-octubre 2023.

- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar/Centro Zonal Leticia**

CARGO: Nutricionista Dietista de apoyo a la Supervision.
FUNCIONES: Prestar servicios profesionales para apoyar la supervision, en el componente tecnico de los contratos de aporte de los servicios de protección que le sean asignados.
Octubre 2022- Diciembre 2022

- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar/Centro Zonal Leticia**

CARGO: Nutricionista Dietista de apoyo a la Supervision.
FUNCIONES: Prestar servicios profesionales para apoyar la supervision, en el componente tecnico de los contratos de aporte de los servicios de protección que le sean asignados.
Enero 2022- Septiembre 2022

- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar/Centro Zonal Leticia**

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

CARGO: Nutricionista Dietista de apoyo a la Supervision.
FUNCIONES: Prestar servicios profesionales para apoyar la supervision, en el componente tecnico de los contratos de aporte de los servicios de protección que le sean asignados.
Marzo 2021- Diciembre 2021

- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar/Centro Zonal Leticia**

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Prestar servicios profesionales para apoyar desde el area de Nutricion a la defensoria de familia del Centro Zonal Leticia de la Regional Amazonas , para delantar los tramites y pricesos administrativos de restablecimiento de derechos.
Noviembre 2020- Diciembre 2020

- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar/Centro Zonal Leticia**

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Prestar servicios profesionales para apoyar desde el area de Nutricion a la defensoria de familia del Centro Zonal Leticia de la Regional Amazonas , para delantar los tramites y pricesos administrativos de restablecimiento de derechos.
Marzo 2020- Octubre 2020

- **Consorcio Alimentación Infantil 2020/ PAE CAI 2020**

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Prestar servicios profesionales como Nutricionista Diestista en la ejecución del Programa de Alimentacion Escolar-PAE.
Febrero 2020- Diciembre 2020

- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar/Centro Zonal Leticia**

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Prestar servicios profesionales para apoyar desde el area de Nutricion a la defensoria de familia del Centro Zonal Leticia de la Regional Amazonas , para delantar los tramites y pricesos administrativos de restablecimiento de derechos.
Octubre 2019- Diciembre 2019.

- **Gobernación Del Amazonas/Secretaria De Educación Departamental.**

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Prestacion de servicios de una nutricionista y Dietetica para el Programa de Alimentacion Escolar PAE, y apoyo a la oficina de Cobertura Educativa de la Secretaria de Educación Departamental.
Enero 2019- Mayo 2019

- **Centro de Vida Adulto Mayor**

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Dirigir, controlar y realizar todas las actividades del area de Nutricion del Centro de Vida Adulto Mayor- Hogares de paso la Maloka S.A.S del Municipio de Puerto Nariño
JEFE INMEDIATO: Guillermo Otero Zambrano
Abril 2019- Diciembre 2019

- **Modalidad Mil dias para Cambiar el mundo.**

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Dirigir, controlar y ejecutar acciones de manera directa y/o gestionadas con el sector salud, relacionadas con acciones en prevención en salud y nutrición, actividades de fortalecimiento familiar y comunitarias y otras actividades de acuerdo a las necesidades encontradas en la población objeto (madres gestantes y lactantes, niños de 6 meses a 5 años con bajo peso)
JEFE INMEDIATO: Nohora Cecilia Medina,Representante Legal.
Julio 2018- Septiembre 2019

- **Modalidad Mil dias para Cambiar el mundo.**

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Dirigir, controlar y ejecutar acciones de manera directa y/o gestionadas con el sector salud, relacionadas con acciones en prevención en salud y nutrición, actividades de fortalecimiento familiar y comunitarias y otras actividades de acuerdo a las necesidades encontradas en la población objeto (madres gestantes y lactantes, niños de 6 meses a 5 años con bajo peso)
JEFE INMEDIATO: Nohora Cecilia Medina,Representante Legal.
Noviembre 2018- Junio 2019

- **Modalidad Mil dias para Cambiar el mundo.**

CARGO: Coordinadora General de las UDS de Puerto Nariño y Leticia
FUNCIONES: Dirigir y coordinar la modalidad Mil dias para cambiar el mundo en las UDS de Leticia y Puerto Nariño mediante actividades desarolladas, para promover el desarrollo integral de los niños y las niñas en sus mil primeros días de vida, a través de la implementación de acciones que prevengan la desnutrición crónica mediante la promoción de condiciones adecuadas de nutrición y salud,

al tiempo que se fortalecen las capacidades familiares que contribuyan a la generación y promoción de entornos protectores.
JEFE INMEDIATO: Nohora Cecilia Medina,Representante Legal.
Dicimbre 2017-Octubre 2018

- **Modalidad Mil dias para Cambiar el mundo.**

CARGO: Coordinadora
FUNCIONES: Dirigir y coordinar las acciones desarolladas por la modalidad para promover el desarrollo integral de los niños y las niñas en sus mil primeros días de vida, a través de la implementación de acciones que prevengan la desnutrición crónica mediante la promoción de condiciones adecuadas de nutrición y salud, al tiempo que se fortalecen las capacidades familiares que contribuyan a la generación y promoción de entornos protectores.
JEFE INMEDIATO: Nohora Cecilia Medina,Representante Legal.
Abril 2017-Diciembre 2017.

- **Proyecto de Seguridad Alimentaria y nutricional**

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Apoyo a la gestión en salud pública del proyecto de seguridad alimentaria y nutricional de la secretaria de salud departamental- gobernación de las amazonas.
JEFE INMEDIATO: Sonia Pulido.
Febrero 2017-Diciembre 2017

- **Modalidad Reuperacion Nutricional con enfasis en los primeros mil dias.**

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Dirigir, controlar y ejecutar acciones de manera directa y/o gestionadas con el sector salud, relacionadas con acciones en prevención en salud y nutrición, actividades de fortalecimiento familiar y comunitarias y otras actividades de acuerdo a las necesidades encontradas en la población objeto (madres gestantes y lactantes, niños de 6 meses a 5 años con bajo peso)
JEFE INMEDIATO: Nohora Cecilia Medina,Representante Legal.
Enero 2016-Noviembre 2016

- **Proyecto de Seguridad Alimentaria y Nutricional**

CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Apoyo a la gestión en salud pública del proyecto de seguridad alimentaria y nutricional de la secretaria de salud departamental- gobernación de las amazonas.
JEFE INMEDIATO: Sonia Pulido.
Julio 2016-Diciembre 2016

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

- **Centro de Desarrollo Infantil Asoprecoz**

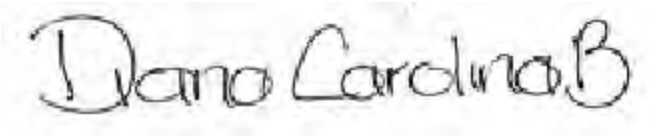
CARGO: Nutricionista Dietista
FUNCIONES: Dirigir, controlar y supervisar todas las actividades realizadas en el area de Salud y Nutricion de la primera infancia en el marco de la atención integral
JEFE INMEDIATO: Rocio del Pilar Santiago,Coordinadora administrativa.
Enero 2015- Diciembre 201

REFERENCIAS

JAHN CARLOS IBARRA ALARCON
ABOGADO
3125302081

RENZO PEÑARANDA
NUTRICIONISTA DIETISTA
3107713450

NELLY FERNANDEZ
NUTRICIONISTA DIETISTA
3176711339



DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
C.C. 1.118.121.010 DE MONTERREY CASANARE

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com





DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com



CENTRO DE PREVENCIÓN EN SALUD PROLIFE
NIT. 901831505
CÓDIGO DE PRESTADOR: 9100100221
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

NUM.HISTORIA 1118121010 **FECHA:** 2026-01-09 14:48:00

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO	**ID:** CC 1118121010	**FECHA DE NACIMIENTO:** 1989-05-20
EDAD:36 Años 7 Meses20 Días	**GENERO:** FEMENINO	**ESTADO CIVIL:** UNIÓN LIBRE
TEL: 3134884569	**DIRECCIÓN:** CRA 3 E # 23 34 B/CIUDAD NUEVA	**LUGAR DE RESIDENCIA:** LETICIA (AMAZONAS)
ENTIDAD: PARTICULARES	**TIPO DE USUARIO:** PARTICULAR	**ARL:** POSITIVA
CARGO: PROFESIONAL INDEPENDIENTE		

TIPO DE EXAMEN

☑	INGRESO	☐	EGRESO	☐	PERIODICO
☐	REINTEGRO	☐	POST-INCAPACIDAD	☑	ENFASIS

EXÁMENES REALIZADOS

☐	AUDIOMETRIA	☐	ELECTROCARDIOGRAMA	☐	ESPIROMETRIA
☑	EXAMEN OSTEOMUSCULAR	☐	PSICOSENSOMETRICO	☐	PSICOTECNICO
☐	LABORATORIO EN SANGRE	☐	OPTOMETRIA	☐	RX COLUMNA TOTAL
☐	RX COLUMNA LUMBOSACRA	☐	RX COLUMNA DORSAL	☐	PRUEBA PSICOLÓGICA
☐	VISOMETRIA	☐	OXIMETRIA DE PULSO	☐	RX TÓRAX AP Y LATERAL

OTRO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE INGRESO	CONCEPTO DE EGRESO	CONCEPTO PERIÓDICO
APTO SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO	--	
CONCEPTO REINTEGRO	**CONCEPTO CAMBIO OCUPACIÓN**	**CONCEPTO POST-INCAPACIDAD**
--	--	--

REQUISITOS DE SALUD

Cumple los requisitos para:

TRABAJO EN ALTURAS	MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	ESPACIOS CONFINADOS
--	--	--
CONDUCCIÓN	**TRABAJOS ESPECIALES**	
--	--	

CONDUCTA

CONDUCTA DE MANEJO MEDICO:

☐	CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐	REMISION A EPS
☐	SEGUIMIENTO POR LA ARL		

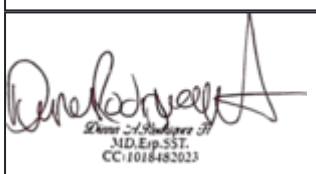
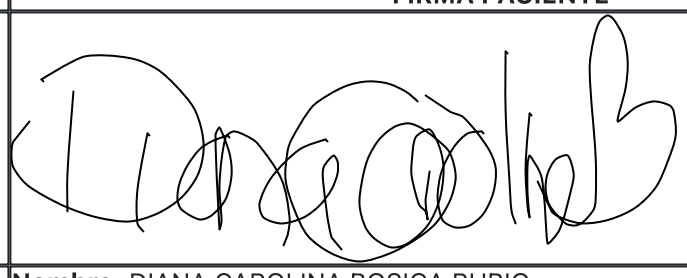
CONDUCTA MEDICA LABORAL

☑	EDUCACION EN HIGIENE POSTURAL	☑	CAPACITACION Y VERIFICACION EN USO ADECUADOS DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
☑	CONDUCTA SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	☑	EDUCACION EN MANEJO DE CARGAS
☑	PAUSAS ACTIVAS	**OTROS**	

CONDUCTA SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

☑	ACTIVIDAD FISICA REGULAR	☑	DIETA BALANCEADA
☐	DESESTIMULAR CONSUMO DE: Cigarrillo, alcohol, sustancias psicoactivas		

RECOMENDACIONES	RESTRICCIONES

FIRMA MEDICO	FIRMA PACIENTE
	
Profesional: DIANA ALEJANDRA RODRIGUEZ HERNANDEZ **CC:**1018482023 **Esp:** MEDICINA OCUPACIONAL **RM:** 1018482023	**Nombre:** DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO **CC:**1118121010

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

...COPIA·DIGITAL·AUTÉNTICA...

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO

C.C. Nº. 1118121010

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 22 de Julio de 2024

Rector

Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
RECTORÍA

Decano

Tomo 3 - Folio 183 - Registro 40790 - Acta No. 1013 - Fecha 22 de Julio de 2024 -

Código de Seguridad: 2728.AA-088058

Código Seguro de Verificación: TXeNlGgOkkvwk7aMP

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

ACTA DE GRADO No. 1013

En Bogotá D.C., el 22 de julio de 2024 a las 09:00 horas, se reunieron:

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
PAOLA RUIZ DÍAZ, Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte
MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Para presidir la ceremonia de graduación de:

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO

Identificada con C.C. No. 1118121010, quien cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Por lo anterior, la Fundación Universitaria del Área Andina en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, la Asamblea y el Consejo Superior, le otorgan el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD** y proceden al registro de su diploma y acta de grado en el libro 3, folio 183, registro 40790.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los 22 días del mes julio de 2024.

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
SECRETARÍA GENERAL

COPIA DIGITAL AUTÉNTICA

Código Seguro de Verificación: MZp4FJrDgfW5daF1

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com



EN EL NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE,

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO

C.C.No. 1.118.121.010 de Montería

MEDIANTE LA PEDAGOGÍA DIALÓGICA
TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDAS
PARA SU DESARROLLO INTELECTUAL Y CULTURAL
LE OTORGA EL TÍTULO DE

NUTRICIONISTA DIETISTA

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE-RECTOR

RECTOR

DIRECCIÓN DEL PROGRAMA

ANOTADO AL FOLIO 91 DEL LIBRO 1/90

NUMERO DE REGISTRO No. 0543

DADO EN BARRANQUILLA, A LOS 23 DÍAS DEL MES Enero DEL AÑO 2015

09811

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com



UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Programa de NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

ACTA DE GRADO

Código: ND-81-939-15

Otorgada a

Diana Carolina Bosiga Rubio

En Barranquilla a los 23 días del mes de Enero de 2015 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vicerrectas, Director(a) de los Subsistemas Administrativo y Académico, Directores de Programa de Medicina, Odontología, Enfermería, Bacteriología, Fisioterapia, Optometría, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Psicología y Trabajo Social, en presencia de su cuerpo docente, se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar Grado Académico. Hecho el juramento profesional, el graduado recibe el diploma, que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, COLOMBIA, HABIENDO CUMPLIDO EXITOSAMENTE POR NUESTRO ESTUDIANTE

Diana Carolina Bosiga Rubio

MEDIANTE LA PEDAGOGÍA DIALÓGICA TODOS LOS ESTUDIOS Y PRÁCTICAS REQUERIDAS PARA SU DESARROLLO INTELECTUAL Y CULTURAL LE OTORGA EL TÍTULO DE:

Nutricionista Dietista

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Tras de felicitar a los graduados se dió por clausurado el Acto de Grado, a los 23 días del mes de Enero de 2015

CARLOS JAUCER RAAD
Rector

GUSTAVO ELIAS DE LA HOZ HERRERA
Vicerrector (e)

LUCIA PATRICIA SANCHEZ MAJANA
Director(a) de Programa

Resolución 1052 de febrero 25 de 1974 del Ministerio de Educación Nacional

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

República de Colombia

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA FORMACIÓN EMPRESARIAL Y EDUCACIÓN CONTINUA

HACE CONSTAR QUE:

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO

C.C. Nº. 1118121010

Cursó y aprobó el:

Diplomado en Gestión Integral de Proyectos

Programa de Extensión y Educación Continuada con una intensidad de 148 horas teórico - prácticas.

Dada en Bogotá D.C., a los 29 días del mes de Febrero de 2024

Rector

Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
RECTORÍA

Directora Nacional de Educación Continuada y B2B

Código de Seguridad: 2728-AA-081498

Código Seguro de Verificación: AYyVdGSg4Dg

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Diana Carolina Bosiga Rubio

CC 1118121010 de Monterrey Casanare

Realizó y aprobó el Diplomado de Calidad y Auditoria en Salud - PAMEC con un total de 160 Horas.

Fecha de emisión: 2024-06-20
Fecha de vencimiento: 2026-06-20

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Diana Carolina Bosiga Rubio

CC 1118121010 de Monterrey Casanare

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral al Adulto Mayor
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2022-10-10
Fecha de vencimiento: 2024-10-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Diana Carolina Bosiga Rubio

CC 1118121010 de Monterrey Casanare

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-01-10
Fecha de vencimiento: 2026-01-10

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Diana Carolina Bosiga Rubio

CC 1118121010 de Monterrey Casanare

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019
con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2024-01-08
Fecha de vencimiento: 2026-01-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com



DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Amazonas
Grupo Gestión de Soporte

BIENESTAR FAMILIAR

EL SUSCRITO COORDINADOR GRUPO DE GESTION DE SOPORTE DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL AMAZONAS

CERTIFICA QUE:

NUMERO DEL CONTRATO	**91000792023 DE 2023**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**
CEDULA DEL CONTRATISTA	**1.118.121.010**
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO	**20 DE ABRIL DE 2023**
OBJETO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA SUPERVISIÓN, EN EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS CONTRATOS DE APORTE DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN QUE LE SEAN ASIGNADOS**
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	**1.** Apoyar al supervisor de los contratos de aporte de los servicios de protección de la Regional Amazonas que le sean asignados, en la ejecución de todas las actividades técnicas de su competencia profesional relacionadas con la supervisión de estos contratos. **2.** Revisar los aspectos técnicos en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, así como los documentos que hacen parte integral del contrato de aportes, cuya supervisión debe apoyar, incluyendo los respectivos lineamientos técnicos, conceptos sanitarios, habilitaciones de los servicios de salud y otros permisos o autorizaciones, etc. **3.** Apoyar al supervisor de los contratos de aporte en la construcción del plan de supervisión, el cronograma de reuniones, los cronogramas de entrega de informes de ejecución contractual, la actualización de directorios de entidades contratistas, la programación de visitas de supervisión y la consolidación y balance de resultados de supervisión. **4.** Apoyar al supervisor de los contratos de aporte en la socialización a entidades contratistas, de las condiciones de la supervisión, lineamientos y demás documentación institucional, ruta de consulta y descarga de documentos en la página del ICBF, el cronograma de actividades de reuniones de equipos, la presentación de informes, verificación de obligaciones y compromisos que se seguirán durante la ejecución del contrato. **5.** Realizar las visitas de supervisión a las entidades contratistas y unidades de servicio de los contratos de aporte cuya supervisión deba apoyar, aplicando las normas, especificaciones, procedimientos, guías, instrumentos, lineamientos técnicos, etc., establecidos por las instancias competentes del ICBF, así como en los términos y plazos definidos por las mismas. **6.** Apoyar al supervisor de los contratos de aporte, en la elaboración de los informes sobre el estado y avance de la ejecución contractual, en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, remitiéndolos al profesional de apoyo administrativo - jurídico, para su consolidación y gestión, previo a cada desembolso, de acuerdo con lo pactado contractualmente con cada entidad contratista y atendiendo al formato de informe de supervisión del contrato o convenio del Proceso de Contratación.

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

	7. Apoyar la revisión oportuna de los informes mensuales, extraordinarios y finales de ejecución presentados por las entidades contratistas según los plazos pactados, en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, su comparación con la documentación soporte que les acompañe, con el fin de emitir concepto técnico para la certificación del cumplimiento contractual por parte del supervisor o entregar los insumos técnicos para la proyección de los requerimientos por presuntos incumplimientos contractuales. **8.** Hacer el seguimiento a la gestión de los requerimientos, incluyendo el cumplimiento de las medidas correctivas definidas por el supervisor y/o a las entidades contratistas y, en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, a partir de los resultados del ejercicio de supervisión en la revisión documental y/o en visita. **9.** Participar junto con los profesionales designados, en las visitas de supervisión, consolidar los resultados encontrados por cada uno, elaborar un concepto general de la calidad de la prestación del servicio, diligenciar los formatos que apliquen y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por la entidad contratista, con fines de ajuste y mejoramiento del servicio contratado. **10.** Apoyar al supervisor de contratos, en la atención y trámite de consultas o solicitudes de información que realicen las entidades contratistas, entregando oportunamente al profesional administrativo - jurídico para su consolidación y gestión, la información que le corresponda como profesional de apoyo técnico, en las áreas de su competencia profesional, procurando imprimir agilidad al proceso de solución de los problemas que se deriven del desarrollo contractual. **11.** Proyectar oportunamente para la firma del supervisor de los contratos de aporte, las respuestas a las peticiones, reclamos, etc., que se presenten relacionadas con la ejecución de estos, en el componente de salud y nutrición entre otros asuntos, las cuales deberán ser enviadas al profesional de apoyo administrativo - jurídico para su consolidación y gestión. **12.** Participar en el análisis de los resultados de la supervisión de los contratos que le sean asignados, apoyando al supervisor en la generación de acciones correctivas, preventivas y de mejora, incluyendo el seguimiento y comunicación oportuna a las instancias correspondientes, de los riesgos administrativos identificados en desarrollo de los contratos y/o convenios y la participación en los comités técnicos donde se evalúen resultados y se soliciten explicaciones. **13.** Presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la terminación de los contratos cuya supervisión apoye, informe final escrito sobre las actividades desarrolladas, logros alcanzados, productos generados, con las conclusiones, recomendaciones y los soportes documentales correspondientes. **14.** Cumplir siempre en el ejercicio de sus obligaciones con las normas, procedimientos, guías, instrumentos, formatos, términos, plazos, etc., definidos por las instancias competentes del ICBF para realizar las actividades relacionadas con la supervisión de contratos de aporte de protección, las cuales deberán estar debidamente soportadas en los expedientes de los contratos cuya supervisión apoya.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia de la Fuente de Lleras
Regional Amazonas
Grupo Gestión de Soporte

BIENESTAR FAMILIAR

	15. Las otras obligaciones que se le asignen de acuerdo con las necesidades del cumplimiento de la gestión de la supervisión o las demás que se desprendan de los procedimientos aplicables a los mismos.
VALOR DEL CONTRATO	TREINTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE **($31.667.833)**
FECHA DE INICIO	20 DE ABRIL DE 2023
FECHA DE TERMINACION	30 DE DICIEMBRE DE 2023
ESTADO	TERMINADO

La presente Certificación se expide a solicitud del interesado a los doce (12) días del mes de junio de 2024.

RAUL FERNANDO ACHURY ROMERO
COORDINADOR DEL GRUPO GESTION DE SOPORTE

	NOMBRE - CARGO	Firma	Fecha
Aprobó:	Raul Fernando Achury Romero- Coordinador GDS		12-06-2024
Revisó:	Raul Fernando Achury Romero- Coordinador GDS		12-06-2024
Proyectó:	Dinarly Cuima Ruiseco – Contratista GDS		12-06-2024

Los de arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.

PÚBLICO

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Amazonas
Grupo de Gestión y Soporte

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

BIENESTAR FAMILIAR

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL GRUPO DE GESTIÓN DE SOPORTE DE LA REGIONAL AMAZONAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

CERTIFICA QUE:

NUMERO DEL CONTRATO	**91000202023 DE 2023**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**
CEDULA DEL CONTRATISTA	**1.118.121.010**
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO	**18 DE ENERO DE 2023**
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA SUPERVISIÓN, EN EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS CONTRATOS DE APORTE DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN QUE LE SEAN ASIGNADOS.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	1. Apoyar al supervisor de los contratos de aporte de los servicios de protección de la Regional AMAZONAS que le sean asignados, en la ejecución de todas las actividades técnicas de su competencia profesional relacionadas con la supervisión de estos contratos. 2. Revisar los aspectos técnicos en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, así como los documentos que hacen parte integral del contrato de aportes, cuya supervisión debe apoyar, incluyendo los respectivos lineamientos técnicos, conceptos sanitarios, habilitaciones de los servicios de salud y otros permisos o autorizaciones, etc. 3. Apoyar al supervisor de los contratos de aporte en la construcción del plan de supervisión, el cronograma de reuniones, los cronogramas de entrega de informes de ejecución contractual, la actualización de directorios de entidades contratistas, la programación de visitas de supervisión y la consolidación y balance de resultados de supervisión. 4. Apoyar al supervisor de los contratos de aporte en la socialización a entidades contratistas, de las condiciones de la supervisión, lineamientos y demás documentación institucional, ruta de consulta y descarga de documentos en la página del ICBF, el cronograma de actividades de reuniones de equipos, la presentación de informes, verificación de obligaciones y compromisos que se seguirán durante la ejecución del contrato. Apoyar al supervisor de los contratos de aporte, en la elaboración de los informes sobre el estado y avance de la ejecución contractual, en el componente de salud y nutrición. 5. Realizar las visitas de supervisión a las entidades contratistas y unidades de servicio de los contratos de aporte cuya supervisión deba apoyar, aplicando las normas, especificaciones, procedimientos, guías, instrumentos, lineamientos técnicos, etc., establecidos por

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

	las instancias competentes del ICBF, así como en los términos y plazos definidos por las mismas **6.** Apoyar al supervisor de los contratos de aporte, en la elaboración de los informes sobre el estado y avance de la ejecución contractual, en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, remitiéndolos al profesional de apoyo administrativo - jurídico, para su consolidación y gestión, previo a cada desembolso, de acuerdo con lo pactado contractualmente con cada entidad contratista y atendiendo al formato de informe de supervisión del contrato o convenio del Proceso de Contratación. **7.** Apoyar la revisión oportuna de los informes mensuales, extraordinarios y finales de ejecución presentados por las entidades contratistas según los plazos pactados, en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, su comparación con la documentación soporte que les acompañe, con el fin de emitir concepto técnico para la certificación del cumplimiento contractual por parte del supervisor o entregar los insumos técnicos para la proyección de los requerimientos por presuntos incumplimientos contractuales. **8.** Hacer el seguimiento a la gestión de los requerimientos, incluyendo el cumplimiento de las medidas correctivas definidas por el supervisor y/o a las entidades contratistas y, en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, a partir de los resultados del ejercicio de supervisión en la revisión documental y/o en visita. **9.** Participar junto con los profesionales designados, en las visitas de supervisión, consolidar los resultados encontrados por cada uno, elaborar un concepto general de la calidad de la prestación del servicio, diligenciar los formatos que apliquen y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por la entidad contratista, con fines de ajuste y mejoramiento del servicio contratado. **10.** Apoyar al supervisor de contratos, en la atención y trámite de consultas o solicitudes de información que realicen las entidades contratistas, entregando oportunamente al profesional administrativo - jurídico para su consolidación y gestión, la información que le corresponda como profesional de apoyo técnico, en las áreas de su competencia profesional, procurando imprimir agilidad al proceso de solución de los problemas que se deriven del desarrollo contractual. **11.** Proyectar oportunamente para la firma del supervisor de los contratos de aporte, las respuestas a las peticiones, reclamos, etc., que se presenten relacionadas con la ejecución de estos, en el componente de salud y nutrición entre otros asuntos, las cuales deberán ser enviadas al profesional de apoyo administrativo - jurídico para su consolidación y gestión.

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

	12. Participar en el análisis de los resultados de la supervisión de los contratos que le sean asignados, apoyando al supervisor en la generación de acciones correctivas, preventivas y de mejora, incluyendo el seguimiento y comunicación oportuna a las instancias correspondientes, de los riesgos administrativos identificados en desarrollo de los contratos y/o convenios y la participación en los comités técnicos donde se evalúen resultados y se soliciten explicaciones. **13.** Presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la terminación de los contratos cuya supervisión apoye, informe final escrito sobre las actividades desarrolladas, logros alcanzados, productos generados, con las conclusiones, recomendaciones y los soportes documentales correspondientes. **14.** Cumplir siempre en el ejercicio de sus obligaciones con las normas, procedimientos, guías, instrumentos, formatos, términos, plazos, etc., definidos por las instancias competentes del ICBF para realizar las actividades relacionadas con la supervisión de contratos de aporte de protección, las cuales deberán estar debidamente soportadas en los expedientes de los contratos cuya supervisión apoya. **15.** Las otras obligaciones que se le asignen de acuerdo con las necesidades del cumplimento de la gestión de la supervisión o las demás que se desprendan de los procedimientos aplicables a los mismos.
VALOR DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE (**$ 9.462.500**)
FECHA DE INICIO	18 DE ENERO DE 2023
FECHA DE TERMINACION	30 DE MARZO DE 2023
ESTADO	TERMINADO

La presente Certificación se expide a solicitud del Interesado a los veintisiete (27) días del mes de octubre de 2023.

MARIA DEL SOCORRO RESTREPO HURTADO
COORDINADORA GRUPO DE GESTIÓN DE SOPORTE

	NOMBRE – CARGO	Firma	Fecha
Aprobó	Maria del Socorro Restrepo – Coordinadora GGS		27-10-2023
Revisó	Maria del Socorro Restrepo – Coordinadora GGS		27-10-2023
Proyectó	Jennifer Alexandra Espinosa Cano – Profesional Universitaria		27-10-2023
Los de arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma			

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

LA MALOKA *NIT. 800.251.482-5*

LA SUSCRITA JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE

HOGARES DE PASO L A MALOKA S.A.S CON NIT. 800.251.482-5

CERTIFICA QUE:

Que la señora **DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**, identificado con C.C No. 1.121.197.896 de Leticia, presta sus servicios a esta Empresa mediante contrato de Prestación de Servicios como **NUTRICIONISTA** de la Sede de Puerto Nariño - Amazonas, dentro del Programa Centro de Internación para el Adulto Mayor, el cual tiene como Objeto: "*PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y PROTECCION EN CENTRO VIDA PARA ADULTOS MAYORES CON PROBLEMAS PSICOSOCIALES, EN ESTADO DE ABANDONO Y EN ALTA VULNERABILIDAD DEL MUNICIPIO DE PUERTO NARIÑO.* Desde el día Trece (13) del mes de Junio del año Dos Mil Veintitrés (2.023) al día Treinta y Uno (31) del mes de octubre de Dos Mil Veintitrés (2.023), ejecutando entre otras funciones las de:

1. Decide la intervención Nutricional de acuerdo con la primera valoración del Adulto Mayor y de las afectaciones de las enfermedades propias de la edad adulta.
2. Realiza evaluaciones diagnósticas.
3. Dirigir y programar los espacios de intervención y seguimiento de casos específicos, cuando sea necesario
4. Realización de todas las evaluaciones que sean remitidas.
5. Desarrollar el plan de tratamiento de los usuarios a nivel individual y grupal
6. Hacer que el usuario tenga la evaluación previa a su egreso.
7. Mantener las historias clínicas actualizadas de acuerdo con el trabajo realizado a los usuarios desde el punto de vista nutricionista. Ingresar la evolución favorable de los casos.
8. Llevar a cabo el proceso de capacitación al personal de cocina y manipuladores de alimentos, el manejo de alimentos, de porciones, en el control de temperaturas de cadena de frio y de cocción de alimentos y servicio a la mesa.
9. Acompañar el proceso de compras y de pedidos de acuerdo con la minuta, previamente establecida.
10. Revisar periódicamente el proceso de entrega de los pedidos a proveedores de alimentos.
11. Realizar los cambios necesarios de los alimentos por otros de cosecha con igual contenido proteico.

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

LA MALOKA ***NIT. 800.251.482-5***

12. Realizar el mínimo de intervenciones necesarias, según la ficha técnica establecida,
13. Presenta mensualmente su informe de actividades

La presente certificación, se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá D. C; a los Veintiún (21) días del mes de noviembre de 2023.

HOGAR DE PASO
LA MALOKA S.A.S.
NIT. 800.251.482-5
RECURSOS HUMANOS

Gloria Vargas
Jefe de Recursos Humanos
HOGARES DE PASO LA MALOKA S.AS.

C.C. Hoja de Vida

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL DE LETICIA DE LA REGIONAL AMAZONAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

CERTIFICA QUE:

NUMERO DEL CONTRATO	**91000882022 DE 2022**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**
CEDULA DEL CONTRATISTA	**1.118.121.010**
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO	**03 DE OCTUBRE DE 2022**
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA REGIONAL AMAZONAS PARA APOYAR LA SUPERVISIÓN, EN EL COMPONENTE TECNICO DE LOS CONTRATOS DE APORTE DE LOS SERVICIOS DE PROTECCION QUE LE SEAN ASIGNADOS DEL CONTRATO 91000882022 DEL AÑO 2022.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	**1.** Apoyar al supervisor de los contratos de aporte de los servicios de protección de la Regional AMAZONAS que le sean asignados, en la ejecución de todas las actividades técnicas de su competencia profesional relacionadas con la supervisión de estos contratos. **2.** Apoyar la revisión de los aspectos técnicos en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, así como los documentos que hacen parte integral del contrato de aportes, cuya supervisión debe apoyar, incluyendo los respectivos lineamientos técnicos, conceptos sanitarios, habilitaciones de los servicios de salud y otros permisos o autorizaciones, etc. **3.** Acompañar las visitas de supervisión a las entidades contratistas y unidades de servicio de los contratos de aporte cuya supervisión deba apoyar, aplicando las normas, especificaciones, procedimientos, guías, instrumentos, lineamientos técnicos, etc., establecidos por las instancias competentes del ICBF, así como en los términos y plazos definidos por las mismas. **4.** Apoyar la verificación del cumplimiento de las obligaciones relacionados con el Sistema Integrado de Gestión, en los términos establecidos en el contrato de aporte y proyectar para la firma del supervisor el requerimiento correspondiente para que se realicen los ajustes a que haya lugar. **5.** Apoyar al supervisor de los contratos de aporte, en la elaboración de los informes sobre el estado y avance de la ejecución contractual, en el componente de salud y nutrición. **6.** Apoyar el seguimiento a la gestión de los requerimientos, incluyendo el cumplimiento de las medidas correctivas definidas por el supervisor y/o a las entidades contratistas.

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

	7. Apoyar al supervisor de los contratos de aporte en la elaboración de los informes sobre el estado y avance de la ejecución contractual, en el área de salud y nutrición. **8.** Apoyar las respuestas a las peticiones, reclamos, etc., que se presenten relacionadas con la ejecución de estos, en el componente de salud y nutrición. **9.** Participar en el análisis de los resultados de la supervisión de los contratos que le sean asignados, apoyando al supervisor en la generación de acciones correctivas, preventivas y de mejora. **10.** Cumplir siempre en el ejercicio de sus obligaciones con las normas, procedimientos, guías, instrumentos, formatos, términos, plazos, etc., definidos por las instancias competentes del ICBF para realizar las actividades relacionadas con la supervisión de contratos de aporte de protección, las cuales deberán estar debidamente soportadas en los expedientes de los contratos cuya supervisión apoya. **11.** Cumplir con todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que guarden relación con este objeto contractual
VALOR DEL CONTRATO	DIEZ MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MCTE ($10.574.667)
FECHA DE INICIO	03 DE OCTUBRE DE 2022
FECHA DE TERMINACION	30 DE DICIEMBRE DE 2022
ESTADO	TERMINADO

La presente Certificación se expide a solicitud del Interesado a los doce (12) días del mes de Enero de 2023

ANA MILENA CASTRO DAVILA
COORDINADORA DEL CENTRO ZONA DE LETICIA

	NOMBRE - CARGO	Firma	Fecha
Aprobó	Ana Milena castro – Coordinadora del Centro Zonal		12-01-2023
Revisó	Ana Milena castro – Coordinadora del Centro Zonal		12-01-2023
Proyectó	Sandra Arias – Profesional Universitaria		12-01-2023
Los de arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma			

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL DE LETICIA DE LA REGIONAL AMAZONAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

CERTIFICA QUE:

NUMERO DEL CONTRATO	**91000612022 DE 2022**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**
CEDULA DEL CONTRATISTA	**1.118.121.010**
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO	**21 DE ENERO DE 2022**
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA REGIONAL AMAZONAS PARA APOYAR LA SUPERVISIÓN, EN EL COMPONENTE TECNICO DE LOS CONTRATOS DE APORTE DE LOS SERVICIOS DE PROTECCION QUE LE SEAN ASIGNADOS DEL CONTRATO 91000612022 DEL AÑO 2022.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	**1.** Apoyar al supervisor de los contratos de aporte de los servicios de protección de la Regional AMAZONAS que le sean asignados, en la ejecución de todas las actividades técnicas de su competencia profesional relacionadas con la supervisión de estos contratos. **2.** Apoyar la revisión de los aspectos técnicos en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, así como los documentos que hacen parte integral del contrato de aportes, cuya supervisión debe apoyar, incluyendo los respectivos lineamientos técnicos, conceptos sanitarios, habilitaciones de los servicios de salud y otros permisos o autorizaciones, etc. **3.** Acompañar las visitas de supervisión a las entidades contratistas y unidades de servicio de los contratos de aporte cuya supervisión deba apoyar, aplicando las normas, especificaciones, procedimientos, guías, instrumentos, lineamientos técnicos, etc., establecidos por las instancias competentes del ICBF, así como en los términos y plazos definidos por las mismas. **4.** Apoyar la verificación del cumplimiento de las obligaciones relacionados con el Sistema Integrado de Gestión, en los términos establecidos en el contrato de aporte y proyectar para la firma del supervisor el requerimiento correspondiente para que se realicen los ajustes a que haya lugar. **5.** Apoyar al supervisor de los contratos de aporte, en la elaboración de los informes sobre el estado y avance de la ejecución contractual, en el componente de salud y nutrición. **6.** Apoyar el seguimiento a la gestión de los requerimientos, incluyendo el cumplimiento de las medidas correctivas definidas por el supervisor y/o a las entidades contratistas.

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

	7. Apoyar al supervisor de los contratos de aporte en la elaboración de los informes sobre el estado y avance de la ejecución contractual, en el área de salud y nutrición. **8.** Apoyar las respuestas a las peticiones, reclamos, etc., que se presenten relacionadas con la ejecución de estos, en el componente de salud y nutrición. **9.** Participar en el análisis de los resultados de la supervisión de los contratos que le sean asignados, apoyando al supervisor en la generación de acciones correctivas, preventivas y de mejora. **10.** Cumplir siempre en el ejercicio de sus obligaciones con las normas, procedimientos, guías, instrumentos, formatos, términos, plazos, etc., definidos por las instancias competentes del ICBF para realizar las actividades relacionadas con la supervisión de contratos de aporte de protección, las cuales deberán estar debidamente soportadas en los expedientes de los contratos cuya supervisión apoya. **11.** Cumplir con todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y que guarden relación con este objeto contractual
VALOR DEL CONTRATO	VEINTINUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MCTE ($29.440.833)
FECHA DE INICIO	27 DE ENERO DE 2022
FECHA DE TERMINACION	30 DE SEPTIEMBRE DE 2022
ESTADO	TERMINADO

La presente Certificación se expide a solicitud del interesado a los doce (12) días del mes de Enero de 2023

ANA MILENA CASTRO DAVILA
COORDINADORA DEL CENTRO ZONA DE LETICIA

	NOMBRE – CARGO	Firma	Fecha
Aprobó	**Ana Milena castro – Coordinadora del Centro Zonal**		12-01-2023
Revisó	Ana Milena castro – Coordinadora del Centro Zonal		12-01-2023
Proyectó	Sandra Arias – Profesional Universitaria		12-01-2023
Los de arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma			

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL CENTRO ZONAL DE LETICIA DE LA REGIONAL AMAZONAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

CERTIFICA QUE:

NUMERO DEL CONTRATO	**91000502021**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**
CEDULA DEL CONTRATISTA	**1.118.121.010**
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO	**03 DE MARZO DE 2021**
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA SUPERVISIÓN, EN EL COMPONENTE TECNICO DE LOS CONTRATOS DE APORTE DE LOS SERVICIOS DE PROTECCION QUE LE SEAN ASIGNADOS.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	1. Apoyar al supervisor de los contratos de aporte de los servicios de protección de la Regional AMAZONAS que le sean asignados, en la ejecución de todas las actividades técnicas de su competencia profesional relacionadas con la supervisión de estos contratos. 2. Revisar los aspectos técnicos en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, así como los documentos que hacen parte integral del contrato de aportes, cuya supervisión debe apoyar, incluyendo los respectivos lineamientos técnicos, conceptos sanitarios, habilitaciones de los servicios de salud y otros permisos o autorizaciones, etc. 3. Apoyar al supervisor de los contratos de aporte en la construcción del plan de supervisión, el cronograma de reuniones, los cronogramas de entrega de informes de ejecución contractual, la actualización de directorios de entidades contratistas, la programación de visitas de supervisión y la consolidación y balance de resultados de supervisión 4. Apoyar al supervisor de los contratos de aporte en la socialización a entidades contratistas, de las condiciones de la supervisión, lineamientos y demás documentación institucional, ruta de consulta y descarga de documentos en la página del ICBF, el cronograma de actividades de reuniones de equipos, la presentación de informes, verificación de obligaciones y compromisos que se seguirán durante la ejecución del contrato. 5. Realizar las visitas de supervisión a las entidades contratistas y unidades de servicio de los contratos de aporte cuya supervisión deba apoyar, aplicando las normas, especificaciones, procedimientos, guías, instrumentos, lineamientos técnicos, etc., establecidos por las instancias competentes del ICBF, así como en los términos y plazos definidos por las mismas. 6. Apoyar al supervisor de los contratos de aporte, en la elaboración de los informes sobre el estado y avance de la ejecución contractual, en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, remitiéndolos al profesional de apoyo administrativo - jurídico, para su consolidación y gestión, previo a cada desembolso, de acuerdo con lo pactado contractualmente con

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

cada entidad contratista y atendiendo al formato de informe de supervisión del contrato o convenio del Proceso de Contratación.

7. Apoyar la revisión oportuna de los informes mensuales, extraordinarios y finales de ejecución presentados por las entidades contratistas según los plazos pactados, en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, su comparación con la documentación soporte que les acompañe, con el fin de emitir concepto técnico para la certificación del cumplimiento contractual por parte del supervisor o entregar los insumos técnicos para la proyección de los requerimientos por presuntos incumplimientos contractuales.
8. Hacer el seguimiento a la gestión de los requerimientos, incluyendo el cumplimiento de las medidas correctivas definidas por el supervisor y/o a las entidades contratistas y, en el componente de salud y nutrición, entre otros asuntos, a partir de los resultados del ejercicio de supervisión en la revisión documental y/o en visita.
9. Participar junto con los profesionales designados, en las visitas de supervisión, consolidar los resultados encontrados por cada uno, elaborar un concepto general de la calidad de la prestación del servicio, diligenciar los formatos que apliquen y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por la entidad contratista, con fines de ajuste y mejoramiento del servicio contratado.
10. Apoyar al supervisor de contratos, en la atención y trámite de consultas o solicitudes de información que realicen las entidades contratistas, entregando oportunamente al profesional administrativo - jurídico para su consolidación y gestión, la información que le corresponda como profesional de apoyo técnico, en las áreas de su competencia profesional, procurando imprimir agilidad al proceso de solución de los problemas que se deriven del desarrollo contractual.
11. Proyectar oportunamente para la firma del supervisor de los contratos de aporte, las respuestas a las peticiones, reclamos, etc., que se presenten relacionadas con la ejecución de estos, en el componente de salud y nutrición entre otros asuntos, las cuales deberán ser enviadas al profesional de apoyo administrativo - jurídico para su consolidación y gestión.
12. Participar en el análisis de los resultados de la supervisión de los contratos que le sean asignados, apoyando al supervisor en la generación de acciones correctivas, preventivas y de mejora, incluyendo el seguimiento y comunicación oportuna a las instancias correspondientes, de los riesgos administrativos identificados en desarrollo de los contratos y/o convenios y la participación en los comités técnicos donde se evalúen resultados y se soliciten explicaciones.
13. Presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la terminación de los contratos cuya supervisión apoye, informe final escrito sobre las actividades desarrolladas, logros alcanzados, productos generados, con las conclusiones, recomendaciones y los soportes documentales correspondientes.

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

	14. Cumplir siempre en el ejercicio de sus obligaciones con las normas, procedimientos, guías, instrumentos, formatos, términos, plazos, etc., definidos por las instancias competentes del ICBF para realizar las actividades relacionadas con la supervisión de contratos de aporte de protección, las cuales deberán estar debidamente soportadas en los expedientes de los contratos cuya supervisión apoya. 15. Las otras obligaciones que se le asignen de acuerdo con las necesidades del cumplimento de la gestión de la supervisión o las demás que se desprendan de los procedimientos aplicables a los mismos.
VALOR DEL CONTRATO	TREINTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS MCTE ($34.766.667)
FECHA DE INICIO	03 DE MARZO DE 2021
FECHA DE TERMINACION	30 DE DICIEMBRE DE 2021
ESTADO	TERMINADO

La presente Certificación se expide a solicitud del Interesado a los veinticuatro (24) días del mes de febrero de 2023

ANA MILENA CASTRO DAVILA
COORDINADORA DEL CENTRO ZONA DE LETICIA

	NOMBRE – CARGO	Firma	Fecha
Aprobó	Ana Milena castro – Coordinadora del Centro Zonal		24-02-2023
Revisó	Ana Milena castro – Coordinadora del Centro Zonal		24-02-2023
Proyectó	Sandra Arias – Profesional Universitaria		24-02-2023
Los de arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma			

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

EL SUSCRITO COORDINADOR DE GESTION DE SOPORTE DE LA REGIONAL AMAZONAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

CERTIFICA QUE:

NUMERO DEL CONTRATO	077 DE 2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO.
CEDULA DEL CONTRATISTA	1.118.121.010
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO	11 DE NOVIEMBRE DE 2020
OBJETO	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR DESDE EL AREA DE NUTRICION A LA DEFENSORIA DE FAMILIA DEL CENTRO ZONAL LETICIA DE LA REGIONAL AMAZONAS PARA ADELANTAR LOS TRAMITES Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	**ACTIVIDAD 1.** Realizar la verificacion de la garantia de los derechos de los niños, niñas ya dolescentes cuando presuntamente se encuentran vulnerados y amenazados. **ACTIVIDAD 2.** Realizar oportunamente las valoraciones nutricionales solicitadas por las autoridades administrativas competentes, emitiendo los conceptos con alcance de dictamen pericial. **ACTIVIDAD 3.** Dar cumplimiento a las órdenes judiciales cuando sean de su competencia. **ACTIVIDAD 4.** Mantener una coordinación permanente con lo equipo interdisciplinarios de las Instituciones de Protección, para obtener información de los procesos de atención de los niños, niñas y adolescentes con el fin para emitir los conceptos solicitados por la Autoridad Administrativa. **ACTIVIDAD 5.** Realizar desde el área de nutrición, las actuaciones pertinentes frente al seguimiento de las medidas de restablecimiento de derechos ordenadas por la Autoridad Administrativa. **ACTIVIDAD 6.** Participar en los Grupos de Estudio y Trabajo que se programen en el Centro Zonal, asumiendo los compromisos que allí se establezcan, de acuerdo a su competencia. **ACTIVIDAD 7.** Archivar de acuerdo con las normas de gestión documental en las historias de atención de los niños, niñas y adolescentes, las valoraciones, informes, conceptos, actas y demás documentos que sean de su competencia. **ACTIVIDAD 8.** Realizar el registro de manera oportuna en el Sistema d información Misional del ICBF- SIM de las actuaciones que realicen en los Procesos Administrativos de Restablecimiento de Derechos y que se encuentran archivados en las historias de atención. **ACTIVIDAD 9.** Diligenciar de manera completa los paneles de registro que hacen parte de la pantalla de valoración nutricional en el SIM o lo formatos establecidos en la Guia de Actuaciones del equipo técnico

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Amazona
Grupo Gestión De Soporte

BIENESTAR FAMILIAR

91-33200

	interdisciplinario para el restablecimiento de derechos. **ACTIVIDAD 10.** Apoyar al Centro Zonal desde su actividad profesional aplicando los procesos y procedimientos en la implementación del SIGE. **ACTIVIDAD 11.** Brindar asesoria desde el área de nutrición, a los niños niñas y adolescentes y sus familias usuarias de demanda espontanea en el Centro Zonal, para iniciar tramites de restablecimiento de Derechos, cuando lo requiera. **ACTIVIDAD 12.** Realizar todas las demás que se concierten con el supervisor del contrato relacionadas con su área de atención y que contribuyan al logro del objeto contratado.
VALOR DEL CONTRATO	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($5.496.767)
FECHA DE INICIO	11 DE NOVIEMBRE DE 2020
FECHA DE TERMINACION	24 DE DICIEMBRE DE 2020
ESTADO	TERMINADO

La presente Certificación se expide a solicitud del interesado a los diecinueve (19) dias del mes de octubre de 2021.

RAUL FERNANDO ACHURY ROMERO
COORDINADOR DEL GRUPO GESTION DE SOPORTE

	NOMBRE – CARGO	Firma	Fecha
Aprobó	Raul Fernando Achury Romero– Coordinador Del Grupo Gestión De Soporte		19-10-2021
Revisó	Raul Fernando Achury Romero– Coordinador Del Grupo Gestión De Soporte		19-10-2021
Proyectó	Liliana Carvajal Arciniegas – Contratista Grupo Gestión De Soporte		19-10-2021

Los de arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para su firma.

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

EL SUSCRITO COORDINADOR DE GESTION DE SOPORTE DE LA REGIONAL AMAZONAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

CERTIFICA QUE:

NUMERO DEL CONTRATO	**059 DE 2020**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO.**
CEDULA DEL CONTRATISTA	**1.118.121.010**
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO	**18 DE MARZO DE 2020**
OBJETO	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR DESDE EL AREA DE NUTRICION A LA DEFENSORIA DE FAMILIA DEL CENTRO ZONAL LETICIA DE LA REGIONAL AMAZONAS PARA ADELANTAR LOS TRAMITES Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	**ACTIVIDAD 1.** Realizar la verificacion de la garantia de los derechos de los niños, niñas ya dolescentes cuando presuntamente se encuentran vulnerados y amenazados. **ACTIVIDAD 2.** Realizar oportunamente las valoraciones nutricionales solicitadas por las autoridades administrativas competentes, emitiendo los conceptos con alcance de dictamen pericial. **ACTIVIDAD 3.** Dar cumplimiento a las órdenes judiciales cuando sean de su competencia. **ACTIVIDAD 4.** Mantener una coordinación permanente con lo equipo interdisciplinarios de las Instituciones de Protección, para obtener información de los procesos de atención de los niños, niñas y adolescentes con el fin para emitir los conceptos solicitados por la Autoridad Administrativa. **ACTIVIDAD 5.** Realizar desde el área de nutrición, las actuaciones pertinentes frente al seguimiento de las medidas de restablecimiento de derechos ordenadas por la Autoridad Administrativa. **ACTIVIDAD 6.** Participar en los Grupos de Estudio y Trabajo que se programen en el Centro Zonal, asumiendo los compromisos que allí se establezcan, de acuerdo a su competencia. **ACTIVIDAD 7.** Archivar de acuerdo con las normas de gestión documental en las historias de atención de los niños, niñas y adolescentes, las valoraciones, informes, conceptos, actas y demás documentos que sean de su competencia. **ACTIVIDAD 8.** Realizar el registro de manera oportuna en el Sistema d información Misional del ICBF- SIM de las actuaciones que realicen en los Procesos Administrativos de Restablecimiento de Derechos y que se encuentran archivados en las historias de atención. **ACTIVIDAD 9.** Diligenciar de manera completa los paneles de registro que hacen parte de la pantalla de valoración nutricional en el SIM o lo formatos establecidos en la Guia de Actuaciones del equipo técnico

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

	interdisciplinario para el restablecimiento de derechos. **ACTIVIDAD 10.** Apoyar al Centro Zonal desde su actividad profesional aplicando los procesos y procedimientos en la implementación del SIGE. **ACTIVIDAD 11.** Brindar asesoria desde el área de nutrición, a los niños niñas y adolescentes y sus familias usuarias de demanda espontanea en el Centro Zonal, para iniciar tramites de restablecimiento de Derechos, cuando lo requiera. **ACTIVIDAD 12.** Realizar todas las demás que se concierten con el supervisor del contrato relacionadas con su área de atención y que contribuyan al logro del objeto contratado.
VALOR DEL CONTRATO	VEINTITRES MILLONES OCHENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE ($23.086.420)
FECHA DE INICIO	18 DE MARZO DE 2020
FECHA DE TERMINACION	17 DE OCTUBRE DE 2020

La presente Certificación se expide a solicitud del Interesado a los trece (13) dias del mes de noviembre de 2020.

RAUL FERNANDO ACHURY ROMERO
COORDINADOR DEL GRUPO GESTION DE SOPORTE

	NOMBRE – CARGO	Firma	Fecha
Aprobó	Raúl Fernando Achury Romero - Coordinador		13-11-2020
Revisó	Raúl Fernando Achury Romero - Coordinador		13-11-2020
Proyectó	Liliana Carolina Carvajal Arciniegas – Contratista		13-11-2020
Los de arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma			

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

EL SUSCRITO COORDINADOR DE GESTION DE SOPORTE DE LA REGIONAL AMAZONAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

CERTIFICA QUE:

NUMERO DEL CONTRATO	092 DE 2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO.
CEDULA DEL CONTRATISTA	1.118.121.010
FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO	01 DE OCTUBRE DE 2019
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR DESDE EL ÁREA DE NUTRICIÓN A LA DEFENSORIA DE FAMILIA DEL CENTRO ZONAL LETICIA DE LA REGIONAL AMAZONAS, PARA ADELANTAR LOS TRÁMITES Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	**ACTIVIDAD 1.** Prestar sus servicios profesionales en el área de Nutrición realizando valoraciones, conceptos periciales y seguimientos a niños, niñas y sus familias dentro del proceso administrativo de restablecimiento de derechos, de conformidad con lo establecido en los lineamientos técnicos y la ley 1098 de 2006. **ACTIVIDAD 2.** Conocer y aplicar los lineamientos técnico-administrativo Misionales, así como las normas, procedimientos, guías, instrumentos, formatos, términos, plazos, etc., definidos por el ICBF. **ACTIVIDAD 3.** Realizar oportunamente mínimo el 80% de las valoraciones solicitadas emitiendo los conceptos periciales solicitados por los Defensores de Familia y autoridades competentes. **ACTIVIDAD 4.** Brindar asistencia y asesoría en su área profesional a mínimo el 80% de los niños, niñas y adolescentes y sus familias usuarios de demanda espontánea y/o de los diferentes programas en el Centro Zonal, para iniciar el respectivo Proceso de Restablecimiento de Derechos cuando lo requiera. **ACTIVIDAD 5.** Apoyar los procesos judiciales producto de la vinculación de adolescentes y jóvenes al Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente que le sean asignados teniendo en cuenta lineamientos técnicos y normatividad aplicable al caso. **ACTIVIDAD 6.**Realizar seguimiento mensual a los niños, niñas y adolescentes vinculados a programas de protección Hogar Sustituto y Hogar gestor de conformidad con lo establecido en los lineamientos técnicos del ICBF. **ACTIVIDAD 7.** Establecer coordinación permanente con los equipos interdisciplinarios de las Instituciones de Protección participar en los estudios de caso y análisis los procesos, a fin de lograr debida información del proceso de atención de los niños, niñas y adolescentes; y a su vez asegurar la unidad de criterios y la coherencia en los conceptos emitidos por los profesionales del ICBF y de los operadores. **ACTIVIDAD 8.** Participar en los Grupos de Estudio y Trabajo que se programen en el Centro Zonal o la Regional, asumiendo los compromisos que allí se establezcan por su competencia. **ACTIVIDAD 9** Registrar en el Sistema de información Misional SIM las actuaciones que realicen en cada Historia de Atención, archivando los respectivos informes de acuerdo a la tabla de retención documental. **ACTIVIDAD 10.** Desarrolla las acciones de articulación interinstitucional y movilización del Sistema Nacional de Bienestar Familiar a fin de garantizar el efectivo restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. **ACTIVIDAD 11.** Consignar en la historia de atención del niño, niña y adolescente los resultados de las acciones emprendidas con recomendaciones específicas a realizar con el

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Regional Amazona
Grupo Gestión De Soporte

	niño, niña o adolescente y la familia y los conceptos profesionales integrales sobre la evolución del proceso para el restablecimiento de derechos. **ACTIVIDAD 12**. Elaborar el Plan de Atención Integral PLATIN, el seguimiento al PLATIN, el Informe final del PLATIN, que guiará la intervención con el niño, niña o adolescente que se encuentre en proceso administrativo de restablecimiento de derechos y emitir conceptos de avance según la periodicidad. **ACTIVIDAD 13**. Realizar comités consultivos para revisar y analizar los informes PLATIN, informes extraordinarios, informes de seguimiento que envían los Operadores del SRPA donde son ubicados adolescentes, a fin de verificar la intervención, la evolución y el restablecimiento de derechos de los adolescentes y registrar dicha información en la Historia de Atención y en SIM. **ACTIVIDAD 14.** Impulsar grupos de estudio de trabajo con temas de interés en el ejercicio laboral. **ACTIVIDAD 15.** Participar activamente en el comité técnico consultivo de seguimiento a las medidas de restablecimiento de derechos que convoque la coordinación del centro zonal. **ACTIVIDAD 16**. Registrar en el sistema de información misional SIM los casos que sean atendidos en los turnos de disponibilidad de acuerdo al esquema de atención y reportarlos a la coordinación del centro zonal en el formato establecido. **ACTIVIDAD 17.** Generar las historias de atención de los NNA de la Defensoría de familia de asuntos conciliables y no conciliables del centro zonal Leticia y realizar entrega de las mismas al archivo del centro zonal cumpliendo con las normas archivísticas. **ACTIVIDAD 18**. Remitir los informes de comisión de servicio en cumplimiento del deber misional en los formatos establecidos por el ICBF. **ACTIVIDAD 19.** Ejecutar las demás actividades que sean necesarias para lograr un total y fiel cumplimiento del objeto, el alcance y las obligaciones contractuales, aunque no estén específicamente señaladas en el presente documento, siempre y cuando las mismas correspondan a la naturaleza y objeto del Contrato.
VALOR DEL CONTRATO	NUEVE MILLONES SEISCIENTOS SEIS MIL PESOS M/CTE ($9.606.000)
FECHA DE INICIO	01 DE OCTUBRE DE 2019
FECHA DE TERMINACION	30 DE DICIEMBRE DE 2019

La presente Certificación se expide a solicitud del interesado a los diez (10) días del mes de febrero de 2020.

RAUL FERNANDO ACHURY ROMERO
COORDINADOR DEL GRUPO GESTION DE SOPORTE

		Firma	Fecha
Aprobó			
Revisó			
Proyectó			

Los términos técnicos, conceptos y [illegible] son de exclusiva responsabilidad de quien suscribe el presente documento y no comprometen al ICBF.

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

CONSORCIO ALIMENTACION INFANTIL 2020
NIT: 901.350.062-6

CERTIFICACION LABORAL INDEPENDIENTE

Consorcio Alimentación Infantil 2020 identificado con Nit. 901.350.062-6, se permite certificar que la señora **DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO** identificada con cedula de ciudadanía No **1.118.121.010** de Monterey Casanare presto sus servicios profesionales en nuestra empresa como Nutricionista Dietista desde el 26 de febrero del 2020 a la fecha mediante prestación de servicio cuyas funciones son:

- Apoyar la capacitación y talleres educativos a manipuladoras de alimentos del programa de alimentación escolar.
- Realizar acciones encaminadas a brindar recomendaciones alimentarias y nutricionales, orientaciones, sugerencias, concientización a los padres de familia y/o acudientes de los beneficiarios del Programa, durante la emergencia sanitaria COVID19
- Apoyar la supervisión interna y conjunta del programa de alimentación escolar con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones contractuales y calidad del servicio a los titulares de derecho.
- Atender de manera oportuna y pertinente las solicitudes de información con respecto al área de nutrición del programa de alimentación escolar.
- Reportar al supervisor del contrato cualquier novedad o irregularidad presentada en el servicio.
- De ser necesario, el contratista debe estar en disposición de desplazarse dentro de la zona urbana o rural del departamento, si lo amerita la gestión contractual.
- Visitar periódicamente las instituciones que cuenten con el servicio de alimentación.

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

- Apoyar el seguimiento en cada plantel educativo, para hacer el diagnostico de los problemas que se presentan.
- Revisar y ajustar los ciclos de menús que se ofrecerán en la vigencia 2020 con fundamento a la minuta patrón establecida en la resolución ministerial 29452 del año 2017.
- Apoyar la verificación del cumplimiento de ciclos de menús derivado de la minuta patrón aprobada por la entidad territorial.
- Proponer, preparar e implementar los procedimientos e instrumentos requeridos para mejorar la prestación del servicio del programa PAE.
- Apoyar el cumplimiento del plan de alistamiento por parte del talento humano del programa PAE.
- Presentar los informes que le sean solicitados de acuerdo a las actividades ejecutadas y establecidas.
- Apoyar la elaboración y seguimiento a los planes de mejora que se detecten o envíen por la entidad territorial.

Se firma en la ciudad de Leticia, Amazonas a los 31 días del mes de diciembre de 2020.

Cordialmente,

CESAR AUGUSTO BOTERO ROJAS
CC. 7.698.202 de Neiva
Representante Legal

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

República de Colombia
GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS
Oficina Asesora Jurídica

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA
DE LA GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS

CERTIFICA

Que consultadas las bases datos de registros de Contratos de la Oficina Asesora Juridica, se pudo constatar que la señora DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO, con cedula de ciudadania No 1.118.121.010, suscribió con la entidad el (los) Contrato (os) que se describe a continuación:

CONTRATO No	OBJETO	VLR. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
20190048	PRESTACION DE SERVICIOS DE UNA NUTRICIONISTA Y DIETETICA PARA EL PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR PAE , Y APOYO A LA OFICINA COBERTURA EDUCATIVA DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL	16,000,000.00	15/01/2019	15/05/2019

El presente certificado se expide a solicitud del interesado mediante oficio radicado el 20/02/2020.

Para constancia de lo anterior se firma en Leticia a los Veinticuatro (24) dias del mes de Febrero de 2020.

ANDRES FELIPE CORREA ESPEJO
P.U. Oficina Asesora Juridica

Proyectó:	Javier Andrés Lozano Sarios	Cargo: P.U. Oficina Asesora Jurídica	Firma:
Aprobó:	Andres Felipe Correa Espejo	Cargo: Jefe Oficina Asesora Jurídica	Firma:

[illegible] por ambas [illegible] declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma de [illegible] de persona que firma el documento]

Escaneado con CamScanner

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

LA MALOKA

MLK-2020-080

HOGARES DE PASO LA MALOKA SAS

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO identificado(a) con cédula de ciudadanía No 1.118121.010 de Monterrey (Cas), prestó sus servicios a esta empresa como Nutricionista - Dietista del Programa Centro Vida Puerto Nariño - Amazonas, mediante contrato por prestación de servicios, desde el primero (01) de abril de 2019 al treinta y uno (31) de diciembre de 2019, recibiendo como contraprestación mensual por sus honorarios la suma de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/Cte. ($1.500.000)**.

La presente certificación se expide en Bogotá, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2020, a solicitud del interesado.

Cordialmente,

HOGAR DE PASO LA MALOKA S.A.S. NIT 900.291.465-6 RECURSOS HUMANOS

Jorge Enrique Orejuela M.
Jefe de Recursos Humanos
HOGARES DE PASO LA MALOKA

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"
NIT_809.010.580-8

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"

CERTIFICA:

Que **DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**, identificada con C.C. **1.118.121.010**, desarrolló un contrato de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión, vinculada al programa "Mil Días para Cambiar al Mundo", en el departamento de Amazonas, vigencia 2019, en los términos que a continuación se detallan:

OBJETO: EL CONTRATISTA se obliga por medio del presente contrato a prestar el servicio de apoyo a la gestión en el Programa 1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO, como NUTRICIONISTA, en la unidad de atención de Leticia, Amazonas, ejecutando el programa y formulando conceptos y garantizando la participación de los niños, niñas y madres gestantes en todas las actividades previstas durante la ejecución del programa.

VALOR: Con honorarios por metas cumplidas mensuales de **DOS MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($2.713.994.oo).**

FECHA DE EJECUCION DEL CONTRATO: Del 03 de Julio de 2019 al 19 de Diciembre de 2019.

FECHA DE TERMINACION UNILATERAL: 30 de Septiembre de 2019.

En todo caso llamar para reconfirmar certificación al teléfono 8-2613138

Se expide a solicitud de la interesada a los diez (10) días del mes de Febrero de 2020, sin tachón, borrón ni enmendadura, con destino a actualización de hoja de vida.

Atentamente,

NOHORA CECILIA MEDINA GALEANO
REPRESENTANTE LEGAL

"Metete en el Cuento"
NIT 809010580-8
CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"
NIT_809.010.580-8

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"

CERTIFICA:

Que **DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**, identificada con C.C. **1.118.121.010**, desarrolló un contrato de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión, vinculada al programa "Mil Días para Cambiar al Mundo", en el departamento de Amazonas, vigencia 2019, en los términos que a continuación se detallan:

OBJETO: EL CONTRATISTA se obliga por medio del presente contrato a prestar el servicio de apoyo a la gestión en el Programa 1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO, como NUTRICIONISTA, en la unidad de atención de Leticia, Amazonas, ejecutando el programa y formulando conceptos y garantizando la participación de los niños, niñas y madres gestantes en todas las actividades previstas durante la ejecución del programa.

VALOR: Con honorarios por metas cumplidas mensuales de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE. ($2.894.927.oo).**

FECHA DE INICIO: 01 de Febrero de 2019
FECHA DE FINALIZACION: 14 de Junio de 2019.

En todo caso llamar para reconfirmar certificación al teléfono 8-2613138

Se expide a solicitud de la interesada a los veinticinco (25) días del mes de septiembre de 2019, sin tachón, borrón ni enmendadura, con destino a actualización de hoja de vida.

Atentamente,

NOHORA CECILIA MEDINA GALEANO
REPRESENTANTE LEGAL

"Metete en el Cuento"
NIT: 809010580-8
CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"
NIT_ 809.010.580-8

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"

CERTIFICA:

Que **DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**, identificada con C.C. **1.118.121.010**, desarrolló un contrato de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión, vinculada al programa "Mil Días para Cambiar al Mundo", en el departamento de Amazonas, vigencia 2018, en los términos que a continuación se detallan:

OBJETO: EL CONTRATISTA se obliga por medio del presente contrato a prestar el servicio de apoyo a la gestión en el Programa 1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO, como NUTRICIONISTA, en la unidad de atención de Tarapacá, Amazonas, ejecutando el programa y formulando conceptos y garantizando la participación de los niños, niñas y madres gestantes en todas las actividades previstas durante la ejecución del programa.

VALOR: Con honorarios por metas cumplidas mensuales de **UN MILLON CUATROCIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE. ($1.405.304.oo).**

FECHA DE EJECUCION DEL CONTRATO: Del 08 de Noviembre de 2018 al 07 de Diciembre de 2018.

En todo caso llamar para reconfirmar certificación al teléfono 8-2613138

Se expide a solicitud de la interesada a los veintiocho (28) días del mes de Febrero de 2019, sin tachón, borrón ni enmendadura, con destino a actualización de hoja de vida.

Atentamente,

NOHORA CECILIA MEDINA GALEANO
REPRESENTANTE LEGAL

FIRMADO POR DIANA BOSIGA

"Metete en el Cuento"
NIT: 809010580-8
CORPORACIÓN CONSTRUYAMOS FUTURO

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"
NIT_809.010.580-8

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"

CERTIFICA:

Que **DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**, identificada con C.C. **1.118.121.010**, desarrolló un contrato de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión, vinculada al programa "Mil Días para Cambiar al Mundo", en el departamento de Amazonas, vigencia 2018, en los términos que a continuación se detallan:

OBJETO: EL CONTRATISTA se obliga por medio del presente contrato a prestar el servicio de apoyo a la gestión en el Programa 1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO, como NUTRICIONISTA, en la unidad de atención de Puerto Nariño, Amazonas, ejecutando el programa y formulando conceptos y garantizando la participación de los niños, niñas y madres gestantes en todas las actividades previstas durante la ejecución del programa.

VALOR: Con honorarios por metas cumplidas mensuales de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL SEISCIENTOS NUEVE PESOS M/CTE. ($2.810.609.oo).**

FECHA DE EJECUCION DEL CONTRATO: Del 08 de Noviembre de 2018 al 07 de Diciembre de 2018.

En toda casa llamar para reconfirmar certificación al teléfono 8-2613138

Se expide a solicitud de la interesada a los veintiocho (28) días del mes de Febrero 2019, sin tachón, borrón ni enmendadura, con destino a actualización de hoja de vida.

Atentamente,

NOHORA CECILIA MEDINA GALEANO
REPRESENTANTE LEGAL

"Metete en el Cuento"
NIT: 809010580-8
CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO

CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"
Carrera 4 No. 11-14 Oficina 301 - Ibagué Tolima
8 2613138 | mail: corporacionconstruyamosfuturo@gmail.com

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"
NIT_ 809.010.580-8

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"

CERTIFICA:

Que **DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**, identificada con C.C. **1.118.121.010**, desarrolló un contrato de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión, vinculada al programa "Mil Días para Cambiar al Mundo", en el departamento de Amazonas, vigencia 2018, en los términos que a continuación se detallan:

OBJETO: EL CONTRATISTA se obliga por medio del presente contrato a prestar el servicio de apoyo a la gestión en el Programa 1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO, como COORDINADOR, en la unidad de atención de Leticia, Amazonas, ejecutando el programa y formulando conceptos y garantizando la participación de los niños, niñas y madres gestantes en todas las actividades previstas durante la ejecución del programa.

VALOR: Con honorarios por metas cumplidas mensuales de **TRES MILLONES DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE. ($3.016.481.oo).**

FECHA DE EJECUCION DEL CONTRATO: Del 19 de Diciembre de 2017 al 31 de Octubre de 2018.

En todo caso llamar para reconfirmar certificación al teléfono 8-2613138

Se expide a solicitud de la interesada a los ocho (08) días del mes de Enero de 2019, sin tachón, borrón ni enmendadura, con destino a actualización de hoja de vida.

Atentamente,

NOHORA CECILIA MEDINA GALEANO
REPRESENTANTE LEGAL

ELABORADO POR DANNIS ORDUZ L.

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"
NIT_ 809.010.580-8

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"

CERTIFICA:

Que **DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO,** identificada con C.C. **1.118.121.010,** desarrolló un contrato de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión, vinculado al programa "Mil Días para Cambiar el Mundo", en el departamento de Amazonas, vigencia 2017, en los términos que a continuación se detallan:

OBJETO: EL CONTRATISTA se obliga por medio del presente contrato a prestar el servicio de apoyo a la gestión en el Programa 1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO, como COORDINADOR, en la unidad Puerto Nariño, Amazonas, ejecutando el programa y formulando conceptos y garantizando la participación de los niños, niñas y madres gestantes en todas las actividades previstas durante la ejecución del programa.

VALOR: Con honorarios por metas cumplidas mensuales de **TRES MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL TRESCIENTOS SIETE PESOS M/CTE. ($3.304.307.oo).**

FECHA DE EJECUCION DEL CONTRATO: Del 12 de abril de 2017 al 12 de Diciembre de 2017.

En todo caso llamar para reconfirmar certificación al teléfono 8-2613138

Se expide a solicitud de la interesada a los veinte (20) días del mes de Marzo de 2018.

Atentamente,

NOHORA CECILIA MEDINA GALEANO
REPRESENTANTE LEGAL

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"
NIT_809.010.580-8

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"

CERTIFICA:

Que **DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO**, identificada con C.C. **1.118.121.010**, desarrolló un contrato de prestación de servicios profesionales de apoyo a la gestión, vinculada al programa "Recuperación nutricional", en el departamento de Amazonas, vigencia 2016, en los términos que a continuación se detallan:

OBJETO: EL CONTRATISTA se obliga por medio del presente contrato a prestar el servicio de apoyo a la gestión en el Programa RECUPERACION NUTRICIONAL, como Nutricionista, formulando conceptos y recomendaciones cuando estos le sean requeridos, y seguir las instrucciones para la ejecución del programa.

VALOR: Con honorarios por metas cumplidas mensuales de **TRES MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE. ($3.474.131.oo).**

FECHA DE EJECUCION DEL CONTRATO: Del 21 de Enero de 2016 al 30 de Noviembre de 2016.

En todo caso llamar para reconfirmar certificación al teléfono 8-2613138

Se expide a solicitud de la interesada a los veinte (20) días del mes de Marzo de 2018.

Atentamente,

NOHORA CECILIA MEDINA GALEANO
REPRESENTANTE LEGAL

"Metete en el Cuento"
NIT: 8000 [illegible]
CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO

CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"
Carrera 4 No. 11-34 Oficina 301 – Ibagué Tolima
8 2613138 | mail: corporacionconstruyamosfuturo@gmail.com

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"
NIT_ 809.010.580-8

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"

CERTIFICA:

Que la Doctora **DIANA CAROLINA BOSIGA**, con identificación número 1.118.121.010, cumplió metas en el marco del programa Recuperación Nutricional", en el departamento de amazonas, vigencia 2015, a través de contrato por prestación de servicios apoyo a la gestión, desde 01 de mayo de 2015 hasta el 30 de diciembre de 2015, en calidad de Nutricionista. Con honorarios por metas cumplidas mensuales de TRES **MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE ($3.372. 943.oo).**

Se expide a solicitud del interesado a los quince (15) días del mes de septiembre de 2016.

Atentamente,

NOHORA CECILIA MEDINA GALEANO
REPRESENTANTE LEGAL

"Metete en el Cuento"
NIT: 809010580-8
CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO

CORPORACION CONSTRUYAMOS FUTURO "METETE EN EL CUENTO"
Carrera 4 No. 11-54 Oficina 301 – Ibagué Tolima
[illegible]

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

Libertad y Orden

República de Colombia
GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
Oficina Asesora Jurídica

Departamento de Amazonas

EL JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS

CERTIFICA

Que consultadas las bases datos de registros de Contratos de la Oficina Asesora Juridica, se pudo constatar que la señora **BOSIGA RUBIO DIANA CAROLINA**, con cedula de ciudadania No 1.118.121.010, suscribió con la entidad el (los) Contrato (os) que se describe a continuación:

CONTRATO No	OBJETO	VLR. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
20170474	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DE APOYO A LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA DEL PROYECTO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA y NUTRICIONAL SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS	30,000,000.00	17/02/2017	16/12/2017

El presente certificado se expide a solicitud del interesado mediante oficio radicado el 19/09/2018.

Para constancia de lo anterior se firma en Leticia a los Veinticuatro (24) días del mes de septiembre de 2018.

E-000256

MILLER ORLANDO RIVERA VILLANUEVA
Jefe Oficina Asesora Juridica

Proyectó	Ivan David Urbina Landazuri	Cargo: Técnico Contratista OAJ	Firma:
Aprobó	Miller Orlando Rivera Villanueva	Cargo: jefe de la Oficina Asesora Jurídica	Firma:

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y/o técnicas vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma de Jefe de la Oficina Asesora Jurídica

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

Libertad y Orden

República de Colombia
GOBERNACIÓN DE AMAZONAS
NIT: 899999336-9
OFICINA ASESORA JURIDICA

Departamento de Amazonas

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA CON ASIGNACIONES DE JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA GOBERNACIÒN DEL AMAZONAS

C E R T I F I C A

Que según consta el reporte del sistema de Información integral Orión, de la Gobernación del Amazonas se pudo constatar que BOSIGA RUBIO DIANA CAROLINA, Identificado (a) con cedula de ciudadania No 1.118.121.010, suscribió con la entidad el contrato de prestación de servicio que se describe a continuación así:

CONTRATO No	OBJETO	VLR. CONTRATO	FECHA DE FIRMA	PLAZO
20160751	PRESTACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN NUTRICION Y DIETETICA DE APOYO A LA GESTION EN SALUD PUBLICA DEL PROYECTO DE NUTRICION Y SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL GOBERNACION DEL AMAZONAS	14.300.000,00	13/julio/2016	5 MESES Y 15 DIAS

Para constancia de lo anterior se firma en Leticia a los Seis (6) dias del mes de Febrero de 2017.

CECILIA DEL PILAR SILVA ROSAS

PROYECTO: Virginia Villalobos Gomez

DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO
NUTICIONISTA DIETISTA
E-mail: dianabosiga2039@gmail.com

ASOCIACIÓN CENTRO DE ESTIMULACIÓN PRECOZ

NIT. 900584903-6

Constituido mediante Resolución 086 de 27 de mayo de 2008, Expedida por el ICBF.

Certifica

Que la Señora, **DIANA CAROLINA BOSIGA RUBIO** identificado con cédula de Ciudadanía número **1.118.121.010,** expedida en Monterrey-Casanare, laboro con la **ASOCIACION CENTRO DE ESTIMULACION PRECOZ con NIT. 900584903-6**, bajo el contrato de aporte, número 081 con el ICBF, como profesional en **Salud y Nutrición**; generando acciones de salud y nutrición con las que se promueve el desarrollo integral de niñas y niños en Primera Infancia. En este mismo sentido, logro generar espacios que promovieron los derechos de niñas y niños desde su gestación, propiciando prácticas de alimentación adecuadas y la adopción de hábitos de vida saludables, a través de experiencias pedagógicas que aportaron al desarrollo integral con base en las características de nuestro territorio, la cultura y tradiciones.

El trabajo realizado se centró en cinco líneas de acción que son:

- Gestión para la atención en salud.
- Educación alimentaria y nutricional.
- Prevención de las enfermedades prevalentes en la infancia.
- Acceso y consumo diario de a alimentos en cantidad, calidad e inocuidad.
- Evaluación y seguimiento del estado nutricional.

De igual manera pudo contribuir con la garantía del derecho a una alimentación adecuada y saludable a través del uso y suministro de alimentos frescos y naturales a los usuarios logrando cumplir con todas sus obligaciones contractuales.

El periodo de contratado comprende desde el 21 de enero de 2015 al 20 de diciembre de 2015.

Las partes se declaran a paz y salvo dentro de sus obligaciones.

El presente certificado se expide en Leticia capital del departamento del Amazonas, a los veintiún días del mes de diciembre del 2015.

Lic. ROCÍO SANTIAGO RAMOS.
Representa Legal.

HOJA DE VIDA

COORDINADORA OPERATIVA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

ONG CISP

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CUELLAR	CUELLAR	DORA LILIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN **20.532.854** *SEXO* *NACIONALIDAD* *PAÍS*

C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. _____ F (X) M ( ) COL. (X) EXTRANJERO ( ) _____

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 17 MES 01 AÑO 1976

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FOMEQUE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 7 # 7 - 76

PAÍS COLOMBIA DEPTO AMAZONAS

MUNICIPIO LETICIA

TELÉFONO 3214979360 EMAIL distribuidoramazonas@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.	10	11 X	MES 11 AÑO 1993

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
				CONTADOR PUBLICO	12	2017	295349-T

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*
DISTRIBUIDORA AMAZONAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
AMAZONAS	LETICIA	distribuidoramazonas@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
592688	DÍA 29 MES 11 AÑO 2005	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PROPIETARIA	GERENTE	CLL 8 # 7 - 58

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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

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*
REPRESENTANTE LEGAL	14 AÑOS	

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

HOJA DE VIDA



Datos personales

NOMBRE	DORA LILIANA CUELLAR CUELLAR
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	20.532.854
FECHA DE NACIMIENTO	17 de Enero de 1976
LUGAR DE NACIMIENTO	Fomeque
ESTADO CIVIL	Soltera
CIUDAD	Leticia - Amazonas
DIRECCIÓN:	Cra 9 N° 7 – 62 Marceliano canyes
CELULAR:	3214979360
E-MAIL	distribuidoramazonas@hotmail.com

Estudios

- Universidad del Amazonia – contaduría Pública.
- Unidad Educativa Agustín Gutiérrez Jiménez -Fomeque noviembre 1993.
- Colegio Anexa , Básica Primaria, Noviembre de 1987.

Referencias personales

MARTA SILVA

Funcionaria Publica
Celular: 3105716021

JUAN LOZANO GALDINO
Ingeniero Civil
Celular 3106780639

Referencias Laborales

CAMILO ALBERTO RODRIGUEZ E.
Arquitecto
Celular: 310 329 18 16

HECTOR NORIEGA FLOREZ
Abogado
Celular: 3115216620

JORGE ELIECER MAZO POSADA
Rector Institución Educativa
Celular: 3124547224

Referencias Familiares

ANA LILIAGIA CUELLAR (Madre)
Pensionada
Celular: 3017726765

BRAYAN CUELLAR

Sobrino

3104830560

LINA FERNANDA GUEVARA (HIJA)
Estudiante
Celular: 3134511660

DORA LILIANA CUELLAR CUELLAR
C.C. Nº 20.532.854 de Fomeque Cundinamarca

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA
FLORENCIA CAQUETÁ

ACTA DE GRADO 11358

La Universidad de la Amazonia, creada mediante Ley 60 de 1982, y con reconocimiento Institucional según Resolución 6533 de mayo de 1983, emanada del Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que el Consejo de Facultad de Ciencias Contables Económicas y Administrativas, según Acuerdo No. 420 del 23 de Noviembre de 2017, ha certificado que

DORA LILIANA CUÉLLAR CUÉLLAR

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 20532854 expedida en Fomeque, ha cumplido en forma satisfactoria con los requisitos académicos establecidos en las normas legales, y las exigencias establecidas en los reglamentos internos de la Universidad de la Amazonia, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Consejo Superior, previo juramento del Graduando, le otorgó el título de

CONTADOR PÚBLICO

En consecuencia, el señor Rector, ante el Secretario General y el Decano de la Facultad le entregó al Graduando el Diploma **A011350** que lo acredita para ejercer la Profesión.

Para constancia firman los que intervinieron en el acto, en Leticia, Departamento de Amazonas, hoy 15 de Diciembre de 2017.

ALCIDES VILLAMIZAR OCHOA
Rector (E)

DANIEL CAMILO VALENCIA HERNÁNDEZ
Secretario General

JOSÉ GABRIEL CASTAÑEDA CALDERÓN
Decano

Registrado al libro: 003 Folio: 040 Fecha: 15 de Diciembre de 2017

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

LA UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA

Creada por la Ley 60 de 1982

Confiere el Título de

Contador Público

A:

Dora Liliana Cuéllar Cuéllar

Cédula de Ciudadanía No. 20532854 Expedida en: Fomeque

Quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos exigidos por la Universidad en el programa de Contaduría Pública de la Facultad de Ciencias Contables Económicas y Administrativas y en constancia se firma y otorga el presente

DIPLOMA

Dado en: Leticia, Amazonas a los 15 días del mes de Diciembre de 2017

El Rector

El Decano

El Secretario General

Jefe Admisiones, Registro y Control Académico

Registrado en el libro No. 003
Al Folio No. 40
Fecha: 15 de Diciembre de 2017

Cámara de Comercio del Amazonas

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

DIPLOMADO EN NIIF
Normas Internacionales de Información Financiera

Certifica que:

Dora Líliana Cuéllar Cuéllar

Participó en el Diplomado sobre Normas Internacionales de Información Financiera
Realizado en Leticia, Amazonas, durante los meses de abril a junio de 2014.
Intensidad 120 horas

LUIS ERNESTO GAMBOA HOLGUIN
Presidente Ejecutivo
Cámara de Comercio del Amazonas

JULIO CESAR ACUÑA GONZÁLEZ
Director General
Junta Central de Contadores

Leticia, 20 de junio de 2014

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

295349-T



DORA LILIANA
CUELLAR CUELLAR
C.C. 20532854
RES. INSCRIPCION 826 DEL 06/04/2022
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

318340 340341

Scanned with CamScanner

220341/0522

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

A98D48FC7AB57FFB

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **DORA LILIANA CUELLAR CUELLAR** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 20532854 de FOMEQUE (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 295349-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *


FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1976
FOMEQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69
ESTATURA
O-
G.S. RH
F
SEXO
31-OCT-1994 FOMEQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-6000100-00466164-F-0020532854-20130907
0034764657A 1
1722492397


COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 20.532.854
CUELLAR CUELLAR
APELLIDOS
DORA LILIANA
NOMBRES
FIRMA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14807072718

(415)7707212489984(8020) 000001480707271 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 0 5 3 2 8 5 4	9	Impuestos y Aduanas de Leticia 3 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 0 5 3 2 8 5 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fomeque 2 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CUELLAR	CUELLAR	DORA	LILIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
DISTRIBUIDORA AMAZONAS	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Amazonas 9 1	Leticia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 16 5 4 BRR LA ESPERANZA

42. Correo electrónico: distribuidoramazonas@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 9 2 6 8 8 1	3 2 1 4 9 7 9 3 6 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 2 0 0 1 0 1	5 6 2 1	2 0 1 6 0 2 0 1		1 3 1 4	3

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 7 1 0 1 4 1 6 2 2 4 2 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código: 0 6 2 3	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 CUELLAR CUELLAR DORA LILIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14807072718

(415)7707212489984(8020) **000001480707271 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
2 0 5 3 2 8 5 4	9	Impuestos y Aduanas de Leticia	3 8	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 5 1 1 2 9	
77. No. Matrícula mercantil	1 0 3 1 0	
78. Departamento	9 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional	%
83. Nacional público	%
84. Nacional privado	%
85. Extranjero	%
86. Extranjero público	%
87. Extranjero privado	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 8 2 5		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14807072718

(415)7707212489984(8020) **000001480707271 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 0 5 3 2 8 5 4	9	Impuestos y Aduanas de Leticia 3 8	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de productos alimenticios 4 6 3 1

162. Nombre del establecimiento: DISTRIBUIDORA AMAZONAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Amazonas 9 1	Leticia 0 0 1

165. Dirección: CL 8 7 58

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
6 4 4 9	1 9 9 7 0 1 2 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
5 9 2 4 6 7 4	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de computadores, equipo periférico y programas de i 4 6 5 1

162. Nombre del establecimiento: PAPELERIA CENTRAL AM

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Amazonas 9 1	Leticia 0 0 1

165. Dirección: CL 8 7 58

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 1 1 8 7 0	2 0 0 9 0 4 0 6
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 2 1 4 9 7 9 3 6 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Explotación mixta (agrícola y pecuaria) 0 1 5 0

162. Nombre del establecimiento: GRANJA INTEGRAL AMAZONAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Amazonas 9 1	Leticia 0 0 1

165. Dirección: KM 11 (!) VIA LETICIA TARAPACA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 7 3 7 0	2 0 1 6 0 4 2 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 2 1 4 9 7 9 3 6 0	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LETICIA 15/01/25

DORA LILIANA CUELLAR CUELLAR

CC 20532854

EDAD 48 A

SE REVISA LAB DEL DIA 1/01/25

KOH DE UÑAS NORMAL

FROTIS DE GARGANTA NORMAL

COPROLOGICO NORMAL

CONCLUSION: PACIENTE APTO PARA PODER MANIPULAR ALIMENTOS. CON LAS RESPECTIVAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD

PACIENTE ACTUALMENTE DURANTE LA VALORACION DE HOY SE ENCUENTRA EN BEG HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. EN PLENAS FACULTADES FISICAS , MENTALES Y EMOCIONALES QUE LO HABILITAN PARA DESARROLLAR CUALQUIER ACTIVIDAD SIN NINGUNA COMPLICACION.

DX PACIENTE SANA

ANDRES FLORIAN
C.C. 8.6[illegible]958
MEDICO GENERAL
UNIVERSIDAD LIBRE
C.M.C. 2018-39644

HOJA DE VIDA

JEFE

BODEGA

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia	D 07 M 01 A 2026		

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional Art. 117 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Gutierrez	Hernandez	Sandra Milena

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Jefe de bodega	4 años	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Medellin	D 06 M 09 A 1982	Casada

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
calle 7 # 7-50	Centro	3018606417

Cédula de ciudadanía N°	(**) Libreta militar N°	
U3180073	Distrito N°	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Expedida en: Itagüi		

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
U3180073	Si ☒ No ☐			

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Luis Guillermo echeverri	Medellin	5	1992
Bachillerato	Raul Guevara Castaño	Medellin	11	2001
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita más, para detallar un tercero use una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
MRPMU	Jefe Bodega	
Nombre de su jefe inmediato	**Cargo(s) desempeñado(s) por usted**	
Julio Estrada		
Funciones realizadas	Inventario - Caja	

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
Enero 2017	Junio 2023	$ Minimo	$ Minimo

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Nombre de su jefe inmediato	**Cargo(s) desempeñado(s) por usted**	
Funciones realizadas		

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Art. 190 - Prohibida toda reproducción total o parcial, con fines comerciales, de la presente publicación sin permiso de la Editorial. Todo infractor será sancionado y perseguido de acuerdo a la ley.

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE	X	VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

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

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
1	Hijo	13 años

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio
Nubia Maria Hernandez	Ama casa

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-				
2.-				

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo	X	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	Si	X	No	
	Agencia		Otro						

Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento

Si tiene parientes en esta empresa menciónelos

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

Sandra M. Gutierrez

C.C. 43180073

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

Concepto primer entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Concepto segundo entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Conclusiones

	Fecha

Candidato seleccionado definitivamente	Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente	Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.180.073**

GUTIERREZ HERNANDEZ

APELLIDOS

SANDRA MILENA

NOMBRES



Sandra M. Gutiérrez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-SEP-1982**

ITAGUI
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-OCT-2000 ITAGUI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0115100-00435746-F-0043180073-20130514 **00330**18936A 1 39884457

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

☑ EXAMEN DE INGRESO

FECHA:	NOMBRE Y APELLIDOS:	EDAD:
09/01/2026	Sandra Milena Gutiérrez Hernandez	43 Años
C.C:	**CARGO:**	**CIUDAD:**
43180073	Operaria	Leticia

ÁREA:
Representaciones Amazonas

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

- ○ APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGIA APARENTE
- ◉ APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR
- ○ APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR
- ○ APLAZADO
- ○ APTO PARA LABOR EN ALTURAS
- ○ APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR
- ○ EXAMEN DE RETIRO
- ☐ SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO
- ☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL
- ☐ ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO

MÉDICAS

- ☐ Remisión a EPS
- ☐ Continuar manejo médico
- ☐ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad

OTRO:
Asistir a P y M en la Eps

FECHA AT: ☐ SI ☐ NO

FECHA DXCO: ☐ SI ☐ NO

OCUPACIONALES

- ☑ Uso de EPP
- ☐ Seguimiento caso por ARP

Ingreso a SVE:

- ☐ SIVIG-OTOM (Carga física)
- ☐ SIVIG-OIR (ruido)
- ☐ PPPC-RB (riesgo biológico)

OTRO:

Remisiones:

- ☐ Se remite a EPS
- ☐ Se remite a ARL

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- ☑ Iniciar actividad física
- ☐ Dejar de fumar
- ☑ Reducir consumo de alcohol
- ☐ Control de peso

Otro:

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

Higiene postural, pausas activas oculares y osteomusculares, usos de elementos de protección personal y bioseguridad, estilo de vida saludable.

PARA LA EMPRESA: SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGUN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras:

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO CUALQUIER CAMBIO O NUEVO DATOS ENGIRAN UN NUEVO ANALISIS Y PODRIAN MODIFICAR LOS RESULTADOS

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiologica Ocupacional:

- ☐ Ergonomico
- ☐ Psicosocial
- ☐ Auditivo
- ☐ Visual
- ☐ Respiratorio
- ☐ Biologico
- ☐ Quimico
- ☐ Acc. Trabajo

Otro:

Dra. Olga Martha de la Rosa O.
Especialista en Gerencia ... Salud y Seguridad en el Trabajo
RM. T/TUE ...

DRA OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA
REGISTRO MED DEL 21/10/2020

Sandra M. Gutierrez

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C.

IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA
GÓMEZ VASQUEZ E.U.

Calidad, Ciencia, Competitividad y Tecnología Para Usted
Nit 900243862-1

RESULTADOS

Software Baxlab v20250415

Impreso	09 ene. 2026 02:38:45 pm			Fecha Nacimiento	06/09/1982	
Sede	**PRINCIPAL**					
Paciente	**GUTIERREZ HERNANDEZ SANDRA MILENA**		Sexo F	Edad 43A 4M 3D	Nro. De Recepción	**30991**
Identif.	CC 43180073	Teléfono 3018606417		Fecha De Recepción	09 ene. 2026 08:46:07 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Medico	ASIGNADO NO		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
OTRO LABORATORIO			
1. HONGOS MICROSCOPICOS KOH			
Tipo de Muestra	Uñas	NO APLICA	
K.O.H. Estudio Directo para Hongos	Negativo	NO APLICA	

Validado Por: CINDY PARDO TORO
Fecha Reporte 09 ene. 2026 11:06 am
Fecha Validado 09 ene. 2026 11:06 am

MICROBIOLOGIA			
2. GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO			
COLORACION DE GRAM		NO APLICA	
Reacción Leucocitaria	No se observa	NO APLICA	
Cocos Gram Positivos	Escasas	NO APLICA	

Validado Por: CINDY PARDO TORO
Fecha Reporte 09 ene. 2026 11:07 am
Fecha Validado 09 ene. 2026 11:07 am

Dra. Cindy Pardo Toro
Bacteriologa
U. Catolica de Manizales

Dirección: Calle 8 No 9-99
Cel: 3144825366
laboratorioclinicahumanagv@hotmail.com

HOJA DE VIDA

ADMINISTRATIVOS

Hoja de vida

Datos personales



Nombre	Lina Fernanda Guevara Cuellar
Correo electrónico	linafernandaguevara@hotmail.com
Teléfono	3134511660
Dirección	CALLE 9 # 5 -50, 910001 LETICIA
Fecha de nacimiento	30 de junio de 1996
Carné de conducir	Licencia de conducción
Género	Mujer
Nacionalidad	Colombian

Perfil

Perfil

Odontóloga especializada en auditoría en salud y actualmente cursando la especialización en contratación estatal. Poseo sólidas habilidades en escucha activa, resolución de problemas, análisis y negociación, las cuales he aplicado con éxito en mi experiencia laboral para optimizar procesos administrativos, mejorar la satisfacción del cliente y asegurar el cumplimiento de las normas. Busco adquirir experiencia práctica en la elaboración y gestión de contratos estatales para convertirme en una especialista en esta área dentro de los próximos 3 años. Me gusta el sector público y estoy comprometida con el desarrollo profesional continuo.

Formación

feb 2017 - nov 2021	**ODONTÓLOGA** **UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, MEDELLÍN, ANTIOQUIA, MEDELLÍN**
feb 2023 - dic 2023	**ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD** **FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, BOGOTÁ D.C., BOGOTÁ**
feb 2024 - presente	**ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL** **UNIVERSIDAD DE MEDELLIN, MEDELLÍN, ANTIOQUIA, MEDELLÍN**
ene 2006	**MECANOGRAFIA**
sep 2023 - sep 2023	**SECOP II** **PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ D.C.**
jun 2023 - ago 2023	**DIPLOMADO DE GESTION ESTRATEGICA DE LOS RECURSOS HUMANOS** **FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, BOGOTÁ D.C.**

Este curriculum está hecho con Jobseeker.com.

jun 2024 - jun 2024	**ENTRAMIENTO TEORICO PRACTICO FULL SMILE OPALESCENCE** **DENTAL CONCEPT DESIGN**
ene 2008 - dic 2013	**BACHILLER TECNICO EN LA MODALIDAD DE COMERCIO** **INEM JOSE ESUTASIO RIVERA, LETICIA , AMAZONAS**
ene 2012 - dic 2013	**TECNICO EN DOCUMENTACION Y REGISTRO DE OPERACIONES CONTABLES** **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, LETICIA , AMAZONAS**

Experiencia

ene 2022 - presente	**ADMIISTRATIVA** **REPRESENTACIONES AMAZONAS SAS, LETICIA , AMAZONAS** Encargada de realizar informes y documentación para cuentas de cobros mensuales, cargar los documentos en la página del SECOP II como lo son las facturas, contratos, actas, etc.

Competencias

Diplomacia

Resolución de problemas

Aprendizaje rapido

Idiomas

portugués	Principiante

REFERENCIAS PERSONALES Y LABORALES

Dora Liliana Cuellar Cuellar
Contador público, Leticia, Amazonas
3214979360

Edgar Libardo Guevara Velasquez
Comerciante, Leticia , Amazonas
3112020865

Wendy Yorlady Cordoba Guevara
Odontologa, especialista en salud publica., Leticia, Amazonas
3213964769

Jeisson Esteban Vargas Lopez
Arquitecto, Leticia, Amazonas
3204932666

REFERENCIAS LABORALES

Este curriculum está hecho con Jobseeker.com.

Sandra Milena Castaño Alvarez
Representante legal representaciones amazonas, Leticia, Amazonas
3127532039

Luis Eduardo Niño Lozada
Contador público, Leticia, Amazonas.
3102405627

Ana Maria Muñoz Perez
Administrador publico, especialista en derecho administrativo, Leticia, Amazonas
3102334898

LETICIA, 17 de julio de 2024



Este curriculum está hecho con Jobseeker.com.

DENTAL CONCEPT DESIGN

CERTIFICA A LA:

Dra. Lina Guevara

En el entrenamiento teórico práctico

Full Smile Opalescence

Por concluir con éxito

El entrenamiento enfocado en diseño de sonrisa en resina de alta estética, técnica directa estratificada y lentes cerámicos de manera semipersonalizada, con intensidad de 48 horas, dictado por el Dr Felipe Buitrago en la ciudad de Bogotá.

Felipe Buitrago
Firma

24 al 28 de junio del 2024, Bogotá Colombia
Fecha

Powered by CamScanner

COPIA · DIGITAL · AUTÉNTICA · · ·

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

LINA FERNANDA GUEVARA CUELLAR

C.C. Nº. 1022417125

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 31 de Enero de 2024

Rector

Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
RECTORÍA

Decano

Tomo 3 · Folio 102 · Registro 35140 · Acta No. 1003 · Fecha 31 de Enero de 2024 ·

Código de Seguridad: 2728-AA-078647

Código Seguro de Verificación: NIpFZ3HR8fTmnM6a

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA FORMACIÓN EMPRESARIAL Y EDUCACIÓN CONTINUA

HACE CONSTAR QUE:

LINA FERNANDA GUEVARA CUELLAR

C.C. Nº. 1022417125

Cursó y aprobó el:

Diplomado de Gestión Estratégica de los Recursos Humanos

Programa de Extensión y Educación Continuada con una intensidad de 148 horas teórico - prácticas.

Dado en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de Agosto de 2023

Rector

Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
RECTORÍA

Directora Nacional de Formación Empresarial y Educación Continua

Código Segura de Verificación: KAAe9m5RIVDhmYeC

Código de Seguridad: 2728-AA-071268

Powered by CamScanner

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

EDUCACIÓN CONTINUA

Certifica que:

LINA FERNANDA GUEVARA CUELLAR

C.C. Nº 1022417125

Asistió al Curso:

SECOP II

Realizado del 08 al 09 de septiembre de 2023 con una intensidad de 8 horas.
En constancia se expide el presente certificado y se refrenda con las respectivas firmas.

María Adelaida Farah Quijano
Vicerrectora de Extensión y Relaciones Interinstitucionales

Juan Carlos Botero Navia
Decano
Facultad de Ciencias Jurídicas

Bogotá D.C., septiembre de 2023

Código: 2963098EA001 Verificar

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

FACULTAD ODONTOLOGÍA

Hace reconocimiento a la estudiante:

Lina Fernanda Guevara Cuellar

Por:

Mejor Promedio Acumulado Plan por Competencias

Medellín, 28 de Enero de 2022

Paola María Botero M.
Decana Facultad de Odontología

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

LINA FERNANDA GUEVARA CUELLAR

con cédula de ciudadanía No. 1.022.417.125 de Bogotá D.C
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ODONTÓLOGA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Medellín el día 28 de enero de 2022

Libro de Registros No. 0060520211 Folio No. 074 Registro No. 0733
Refrendado en Medellín el día 27 de enero de 2022

Director (a) Sede

Rector (a)

Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Jeimy Alejandra Martinez Giraldo

VIGILADA MINEDUCACIÓN

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

"INEM JOSÉ EUSTASIO RIVERA"

Leticia - Amazonas

"líder en la formación de competencias laborales"

Aprobada Mediante Resolución de Reconocimiento Oficial Nº 00009
del 28 de Junio del 2012, y Constituida Mediante
Decreto Nº 00003 del 20 de Enero de 2011
Modalidad de Ciencias Naturales, Comercio y Educación para Adultos.
Código DANE: 191001000519 - Código ICFES:038919

CONFIERE A:

Guevara Cuellar Lina Fernanda

IDENTIFICADO (A) CON LA T.I. No. 960630-22850 EXPEDIDA EN LETICIA

EL TITULO DE

Bachiller Técnico

Modalidad Comercio

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA,
SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

MARIO HUMBERTO ROJAS MOITIÑO
C.C. No. 15.885.966 de Leticia
RECTOR

CARMEN ROSA GARCIA CUELLAR
C.C. No. 40.178.793 de Leticia
SECRETARIA ACADEMICA

REPUBLICA DE COLOMBIA

ACTA GENERAL DE GRADUACION NO. 204

Dado en Leticia a los 05 días del mes de DICIEMBRE de 2.013

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

LINA FERNANDA GUEVARA CUELLAR

Con Tarjeta de Identidad No. 96.063.022.850

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN
DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE OPERACIONES CONTABLES

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Leticia, a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
FANNY MATILDE PINZON CANDELARIO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

FANNY MATILDE PINZON CANDELARIO
SUBIDRECTORA CENTRO PARA LA BIODIVERSIDAD Y EL TURISMO DEL AMAZONAS
REGIONAL AMAZONAS

8577099 - 29/11/2013
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95170035067ITI960b3022850C.

Powered by CamScanner



Calle 14 No. 6ª – 32 Barrio José María Hernadez
Leticia - Amazonas
3102334898
anamazonas2021@gmail.com

ANA MARÍA MUÑOZ PÉREZ

CONOCIMIENTOS	Profesional Leticiana, con más de 20 años de servicio en lo público. Tengo grandes capacidades de trabajo en grupo, propositiva, manejo nuevos conceptos de administración empresarial y el logro de metas para el crecimiento y desarrollo de la misma, elaborando y gestionando procesos de mejora y eficiencia organizacional. Tengo conocimientos en gestión del talento humano, administración de recursos físicos, Gestión y organización de documentos, manejo de la seguridad social, Planeamiento estratégico, manejo del secop II, Planeación contractual
EXPERIENCIA	**SECRETARIA DE DESPACHO – SECRETARIA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL Y TIC, ALCALDÍA DE LETICIA** Desde el 21 de septiembre hasta el 30 de diciembre de 2019. Empleo que consistía en administrar, formular, implementar y adoptar las políticas que permitan el desarrollo del talento humano, recursos físicos, servicios generales y gestión documental. La ejecución de los planes, programas y proyectos de tecnologías y sistemas de información de la Alcaldía de Leticia, bajo los principios de eficacia, eficiencia y la mejora continua. **ALCALDESA CON FUNCIONES DELEGADAS** 2017, 2018 y 2019 Funciones delegadas para el cumplimiento de la dirección de acción administrativa del municipio, asegurar el cumplimiento de las funciones y la prestación de los servicios a su cargo; representalo judicial y extrajudicialmente. **DIRECTORA DE SALUD, ALCALDÍA DE LETICIA** Febrero y marzo de 2018 Funciones delegadas para el cumplimiento de Direccionamiento, la coordinación y la administración de los planes, estrategias, programas y proyectos para el sector de la salud del Municipio y la atención a la población vulnerable, que permita lograr una mejor calidad de vida, asegurando un nivel de salud ajustado a los estándares Nacionales que permitan el acceso de toda la población de manera oportuna y con calidad.

		SECRETARIA DE DESPACHO – SECRETARIA DE GOBIERNO Y CONVIVENCIA CIUDADANA, ALCALDIA DE LETICIA. Febrero, marzo, abril, junio y octubre de 2018; marzo y mayo de 2019 Funciones delegadas para Formular, implementar, dirigir y ejecutar políticas, planes, programas y proyectos en materia de orden público, seguridad, convivencia y participación ciudadana, tránsito y movilidad, para el fortalecimiento de organizaciones sociales y comunitarias, de conformidad con las normas constitucionales y legales vigentes. **SECRETARIA DE DESPACHO – SECRETARIA DE CULTURA DEPORTE Y EDUCACIÓN, ALCALDÍA DE LETICIA.** Mayo de 2018 y septiembre de 2019 Funciones delegadas para Liderar los procesos culturales, deportivos y educativos, en el Municipio, conjugando todas las herramientas necesarias, acorde a las políticas nacionales, departamentales y municipales trazadas, como modelo piloto y motor de desarrollo para la ciudadanía Leticiana. **SECRETARIA DE DESPACHO – SECRETARIA DE PLANEACIÓN E INFRAESTRUCTURA, ALCALDÍA DE LETICIA.** Mayo a junio de 2018 **PROFESIONAL UNIVERSITARIA – ALCALDÍA DE LETICIA.** Desde el 07 de marzo de 2014 al 20 de septiembre de 2017 El propósito principal del empleo era de Fortalecer y direccionar el proceso de gerencia del talento humano, coordinando el ingreso, inducción y reinducción de los funcionarios de la Administración Municipal, los procesos de carrera administrativa aplicables a los servidores públicos de la administración Municipal, garantizando el mejoramiento del clima organizacional, planes de incentivos y demás procesos propios de la dependencia. **COORDINADOR OPERATIVO – DISTRIBUIDORA AMAZONAS.** **DESDE EL 05 DE AGOSTO DE 2021 HASTA LA FECHA DE 2023**
FORMACIÓN		**ADMINISTRADOR PUBLICO MUNICIPAL Y REGIONAL** TARJETA PROFESIONAL No. 1014193 - T **ESPECIALISTA EN DERECHO ADMINISTRATIVO**

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.177.552**

MUÑOZ PEREZ
APELLIDOS

ANA MARIA
NOMBRES



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1964**

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-ENE-1983 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-6000100-70118265-F-0040177552-20030915 **06502** 03256A 02 101048953

República de Colombia
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA DAFP

Colegio Colombiano del Administrador Público
CCAP

TARJETA PROFESIONAL DE ADMINISTRADOR PÚBLICO

1014193 - T



Ana María Muñoz Pérez
C. C. No. 40.177.552
T.U.N.A.P: 1014193 *F. EXP.: 06/12/2007*
RESOLUCIÓN No.: 01419 *EGRESADO: ESAP*

HERNAN ENRIQUE RAMÍREZ GARCÍA
Presidente Nacional



Carrera 9ª No 7-62 Piso 2 Barrio Centro
Leticia – Amazonas
Móvil: 3127532039
representacionesamazonas@gmail.com
milenaguevara23@hotmail.com

SANDRA MILENA CASTAÑO ALVAREZ

CONOCIMIENTOS	Tengo grandes capacidades de trabajo en grupo, propositiva, manejo nuevos conceptos de administración empresarial y el logro de metas para el crecimiento y desarrollo de la misma, elaborando y gestionando procesos de mejora y eficiencia organizacional. Tengo conocimientos en administración de recursos físicos, manejo de la seguridad social, Planeamiento estratégico, manejo del secop II, Planeación contractual.
EXPERIENCIA	**REPRESENTANTE LEGAL KATAWA** Desde el 21 de septiembre hasta el 30 de diciembre de 2019. Planear, dirigir, y velar por que se lleguen al logro de las metas propuestas, para el crecimiento de la Mypime, y llegar a ser grandes líderes del comercio al por mayor y detal, así como la prestación de un servicio eficiente y eficaz en el desarrollo comercial de la triple frontera colombiana. **REPRESENTANTE LEGAL REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S.** Desde el 2022 a la fecha, Vengo cumpliendo con las funciones de gerencia y presentación legal, fortaleciendo y direccionando el quehacer diario, garantizando el mejoramiento en el cumplimiento de las metas propuesta por ventas al por mayor y detal, además de los servicios de catering que presta la empresa, de manera eficiente y eficaz, sin olvidar el crecimiento del talento humano que es importante dentro del desarrollo de y crecimiento de nuestra Mipyme, y asi posicionarnos en el futuro como grandes proveedores en el comercio de la triple frontera amazónica.
FORMACIÓN	BACHILLER

Sandra Castaño

FIRMA

Hoja de vida

DATOS PERSONALES



ALEXANDER NEGRETE MERCADO

Cédula de ciudadanía:	11002391
Grado:	IJ ®
Tiempo de servicio:	22 Años
Lugar de nacimiento:	MONTERÍA, CORDOBA
Fecha de nacimiento:	3/02/1978
Dirección:	mz e lote 9 urbanizacion cundama - monteria MONTERÍA CORDOBA
Teléfono:	3104619717
Email:	negretemercadoalexander@gmail.com

INFORMACIÓN ACADÉMICA

TECNICA
TECNICO PROFESIONAL EN SERVICIO DE POLICIA
DIRECCION NACIONAL DE ESCUELAS
27/06/2012
...

IDIOMAS

No

EXPERIENCIA POLICIAL

COMANDANTE ESTACION DE POLICIA
Unidad: ESTACION DE POLICIA TUCHIN
Tiempo en el Cargo: 00 - 04 - 07
...

JEFE SEGURIDAD INSTALACIONES
Unidad: SEGURIDAD DECOR
Tiempo en el Cargo: 00 - 00 - 02
...

JEFE SEGURIDAD INSTALACIONES
Unidad: SEGURIDAD DECOR
Tiempo en el Cargo: 00 - 04 - 13
...

COMANDANTE ESCUADRA FUERZA DISPONIBLE
Unidad: GRUPO FUERZA DISPONIBLE MEMOT
Tiempo en el Cargo: 01 - 06 - 17
...

COMANDANTE PUESTO DE POLICIA
Unidad: PUESTO DE POLICIA LA BARRA
Tiempo en el Cargo: 01 - 04 - 12
...

COMANDANTE PATRULLA DE VIGILANCIA
Unidad: SUBESTACION DE POLICIA EL SABANAL
Tiempo en el Cargo: 03 - 02 - 03
...

INTEGRANTE GRUPO REACCION
Unidad: DISTRITO UNO DE POLICIA MONTERIA
Tiempo en el Cargo: 00 - 05 - 00
...

INTEGRANTE PATRULLA DE VIGILANCIA
Unidad: SUBESTACION DE POLICIA EL SABANAL
Tiempo en el Cargo: 00 - 00 - -1
...

COMANDANTE PATRULLA DE VIGILANCIA
Unidad: SUBESTACION DE POLICIA EL SABANAL
Tiempo en el Cargo: 00 - 09 - 26
...

COMANDANTE PATRULLA DE VIGILANCIA
Unidad: SUBESTACION DE POLICIA EL SABANAL
Tiempo en el Cargo: 03 - 11 - 10
...

RADIOPERADOR (A)
Unidad: CENTRO AUTOMATICO DE DESPACHO O 123
Tiempo en el Cargo: 00 - 07 - 25
...

PATRULLERO DE VIGILANCIA
Unidad: CAI No. 7 SANTAFE
Tiempo en el Cargo: 00 - 07 - 08
...

PATRULLERO DE VIGILANCIA
Unidad: ESTACION DE POLICIA AGUACHICA
Tiempo en el Cargo: 00 - 11 - 17
...

PATRULLERO
Unidad: ESCUADRON MOVIL DE CARABINEROS
Tiempo en el Cargo: 04 - 07 - 13
...

AUXILIAR ADMINISTRATIVO (A)
Unidad: GRUPO CONTABILIDAD
Tiempo en el Cargo: 00 - 00 - 06
...

INTEGRANTE PATRULLA DE VIGILANCIA
Unidad: DEPARTAMENTO DE POLICIA CORDOBA
Tiempo en el Cargo: 00 - 00 - 28
...

PATRULLERO DE VIGILANCIA
Unidad: ESTACION VALLEDUPAR
Tiempo en el Cargo: 00 - 00 - -1
...

EXPERIENCIA LABORAL

Sin Información

REFERENCIAS

Referencia Familiar:

leonor maria ramos tordecilla
Teléfono: 3205576222
Ocupación: auxiliar contable

Referencia Personal:

Jefry Alexander Renteria Moya
Teléfono: 3046514554
Ocupación: profesor

OTROS ESTUDIOS

SEMINARIO
SEMINARIO MANEJO DE PISTOLA PARA EL SERVICIO POLICIAL CON ENFASIS EN EL MODELO SIG SAUER
ESCUELA DE CARABINEROS RAFAEL NUÑEZ
21/04/2011
...

CURSO
CURSO ORGANIZACION DOCUMENTAL DE ARCHIVOS DE GESTION
SENA
6/12/2016
...

SEMINARIO
SEMINARIO ACTUALIZACION CODIGO NACIONAL DE POLICIA Y CONVIVENCIA
DIRECCION NACIONAL DE ESCUELAS
12/12/2016
...

SEMINARIO TALLER
SEMINARIO TALLER EN SEGURIDAD VIAL
ESCUELA DE SEGURIDAD VIAL

SEMINARIO
SEMINARIO DE ACTUACION POLICIAL EN EL PROCESO ELECTORAL
DIRECCION NACIONAL DE ESCUELAS
25/09/2015
...

CURSO
CURSO INDICADORES DE GESTION DE CALIDAD
SENA
9/12/2016
...

SEMINARIO
SEMINARIO ACTUALIZACION CODIGO NACIONAL DE POLICIA Y CONVIVENCIA
ESCUELA DE CARABINEROS RAFAEL NUÑEZ
20/01/2017
...

SEMINARIO
SEMINARIO DE ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO
ESCUELA DE INTELIGENCIA Y CONTRAINTELIGENCIA

29/09/2018

...

SEMINARIO
SEMINARIO INTEGRAL POLICIA POLIVALENTE
ESCUELA DE INVESTIGACION CRIMINAL
17/06/2020

...

DIPLOMADO
DIPLOMADO CONSTRUCCION DE PAZ Y DERECHOS HUMANOS
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA
9/09/2020

...

SEMINARIO
SEMINARIO SEGURIDAD DE LA INFORMACION
ESC TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACIONES
12/07/2021

...

DIPLOMADO
DIPLOMADO TRANSVERSALIZACION DEL ENFOQUE DE GENERO EN LA POLICIA NACIONAL
ESC DE POLICIA EN PROTECCION Y SEGURIDAD
15/10/2021

...

SEMINARIO TALLER
SEMINARIO TALLER PLAN DEMOCRACIA
ESC DE INVESTIGACION CRIMINAL
20/02/2022

...

BASICA SECUNDARIA
BACHILLER ACADEMICO
COLEGIO LUIS LOPEZ DE MESA
13/11/1997

...

27/06/2019

...

DIPLOMADO
DIPLOMADO DERECHOS HUMANOS Y SERVICIO DE POLICIA
ESCUELA DE POLICIA METROPOLITANA DE BOGOTA TC JULIAN GUEVARA
28/08/2020

...

CURSO
CURSO RELACIONAMIENTO VIRTUAL CON EL ESTADO HACER TRAMITES Y SERVICIOS POR INTERNET
MINISTERIO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES
28/12/2020

...

DIPLOMADO
DIPLOMADO EN SEGURIDAD CIUDADANA Y POLITICA PUBLICA
ESC DE SUBOFICIALES Y NIVEL EJEC. GONZALO JIMENEZ DE QUESADA
9/09/2021

...

CURSO
CURSO INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
4/02/2022

...

SEMINARIO
SEMINARIO MEDIACION POLICIAL PARA LA CONVIVENCIA CIUDADANA
ESC DE POLICIA CARLOS EUGENIO RESTREPO
30/06/2022

...

INFORMACIÓN ADICIONAL

Licencia de conducción:	Categoria B1
Salvoconducto Armas:	PORTE
Libreta Militar:	PRIMERA CLASE



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 11.002.391
NEGRETE MERCADO
APELLIDOS
ALEXANDER
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-1978
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-JUL-1996 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

0058293795A 1 7504626439

FIDEL ANTONIO GUERRA DAVID

Dirección: Carrera 7 No- 36 - 40
Correo Electrónico: fidel.guerra.fg@gmail.com
Móvil: 300 6339261

FECHA DE NACIMIENTO: 30 de diciembre de 1978

INFORMACION ACADÉMICA: Técnico Electrónico Automotriz.

CENTRO EDUCATIVO: SENA - Barranquilla

OTROS ESTUDIOS: Técnico en seguridad y salud en el trabajo – SENA Barranquilla.

EXPERIENCIA LABORAL: 20 años en la Policía Nacional

RECOMENDACIONES: Dora Liliana Cuellar
Comerciante

x Fidel Guerra

FIDEL ANTONIO GUERRA DAVID
C.C. 8.797.059

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **8.797.059**

GUERRA DAVID

APELLIDOS

FIDEL ANTONIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-DIC-1978**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-MAY-1997 GALAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0300100-00145651-M-0008797059-20090106 **0009**23961A 1 3290022397

RAFAEL EDUARDO RODRÍGUEZ MUÑOZ

Dirección: Comunidad Jusy Monilla Amena kilómetro 9.5+2.800
Correo Electrónico: rafael.rerodriguezm@gmail.com
Móvil: 320 7343083

FECHA DE NACIMIENTO: 31 de enero de 1992

INFORMACION ACADÉMICA: Terminación de materias en Ingeniería de Sistemas e Informática.

CENTRO EDUCATIVO: Universidad Nacional de Colombia

OTROS ESTUDIOS: Técnico en formación para el trabajo – Riwui Medellín

EXPERIENCIA LABORAL: Atención al Cliente y analista de Información de TIGO – Medellín, desde el 15 de enero al 30 de diciembre de 2024.

RECOMENDACIONES: Dora Liliana Cuellar
Comerciante

Rafael Rodriguez

RAFAEL EDUARDO RODRÍGUEZ MUÑOZ
C.C. 1.121.207.725

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.207.725**

RODRIGUEZ MUÑOZ

APELLIDOS

RAFAEL EDUARDO

NOMBRES



Rafael Rodriguez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-ENE-1992**

LETICIA
(AMAZONAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-MAR-2010 LETICIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6000100-00233361-M-1121207725-20100412 **00219**70071A 1 28102066

HOJA DE VIDA

AUXILIARES

DE BODEGA

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia_ Amazonas	D 08 M 01 A 2026.	Auxiliar Bodega.	

I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Gallego	Alvarez	Santiago

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Auxiliar Bodega.		$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Medellin (Antioquia).	D 23 M 09 A 2005	Soltero.

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Calle 8 # 7-58.	Centro.	3105888462.

Cédula de ciudadanía: N° 1.021.804.759
Expedida en: Itagüi – Medellin

(**) Libreta militar N°
Distrito N° Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☒ No ☐			

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☒ No ☐	Representaciones Amazonas Sas	Empleado ☒ Independiente ☐	Obra. labor.

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	I.E Esteban Ochoa.	Itagüi	10°	
Bachillerato	Educando	Itagüi	11°	
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente? Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita diligenciar más de una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su monto será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted	
Funciones realizadas		
Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial $ / Sueldo final o actual $
Motivo del retiro		

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted	
Funciones realizadas		
Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial $ / Sueldo final $
Motivo del retiro		

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

minerva 10-00 Diseñada y actualizada según la ley © por

7 702124 007790

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

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

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio
Gladys Alvarez Ceballos	Ama Casa
Wilson Gallego.	Conductor.

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Sandra Gutierrez.	Administrativa.		3018606417.
2.-	Yolanda Moreno.	Auxiliar Bodega		3102369662

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo		¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	Si	No
	Agencia		Otro				

Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento

Si tiene parientes en esta empresa menciónelos

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

x Santiago Gallego H

C.C. x 1021804759

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

Concepto primer entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Concepto segundo entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Conclusiones

			Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐		Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐		Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

cont DD1



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.021.804.759

Apellidos
GALLEGO ALVAREZ

Nombres
SANTIAGO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.71

Sexo
M

Fecha de nacimiento
23 SEPT 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
MEDELLIN (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
02 OCT 2023, ITAGUI

Firma
Santiago Gallego A.

Fecha de expiración
02 OCT 2033



032299687

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL032299687401151<<<<<<<<<<<
0509237M3310023COL1021804759<5
GALLEGO<ALVAREZ<<SANTIAGO<<<<<

IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA
GOMEZ VASQUEZ E.U.

Calidad, Ciencia, Competitividad y Tecnologia Para Usted
Nit 900243862-1

RESULTADOS

Software Baxlab v20250415

Impreso	07 ene. 2026 03:07:48 pm					
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento	23/09/2005	
Paciente	**GALLEGO ALVARES SANTIAGO**		Sexo M	Edad 20A 3M 14D	**Nro. De Recepción**	**30946**
Identif.	CC 10221804759	Teléfono 3105886462		Fecha De Recepción	07 ene. 2026 08:15:00 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
OTRO LABORATORIO			
1. HONGOS MICROSCOPICOS KOH			
Tipo de Muestra	Uñas		NO APLICA
K.O.H. Estudio Directo para Hongos	Negativo		NO APLICA

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 07 ene. 2026 02:16 pm
Fecha Validado 07 ene. 2026 02:16 pm

MICROBIOLOGIA			
2. GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO			
COLORACION DE GRAM			NO APLICA
Reacción Leucocitaria	No se observa		NO APLICA
Bacilos Gram Positivos	Escasas		NO APLICA
Cocos Gram Positivos	Escasas		NO APLICA

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 07 ene. 2026 02:16 pm
Fecha Validado 07 ene. 2026 02:16 pm

Dra. Cindy Pardo Toro
Bacteriologa
U. Catolica de Manizales

Dirección: Calle 8 No 9-99
Cel: 3144825366
laboratorioclinicahumanagv@hotmail.com

Dra. OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA CONSULTORIO DE LA ROSA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMEN: INGRESO X PERIODICO__ EGRESO__ TRABAJO-RIESGO __ CAMBIO OFICIO__ REINCORP. LABORAL__
RECOMENDAC. LAB.__ CALIF. ORIGEN__ CONTROL AT-EL__ DEPORTIVA__ REV. PARACLINICOS__

FECHA: 08-Enero-2026

NOMBRE-APELLIDOS: Sebastian gallego alvarez. EDAD: 20 c.c 1.021 804.759

CARGO: Auxiliar de Bodega CIUDAD Leticia.

AREA: Representaciones Amazonas sas.

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR			
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR			
APLAZADO			
APTO PARA LABOR EN ALTURAS			
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR			
EXAMEN DE RETIRO			
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ___	NO X	FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ___	NO X	FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ___	NO X	

NA.

RECOMENDACIONES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
___ Remisión a EPS ___ Continuar manejo médico ___ Seguimiento caso por ARP ___ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: _____	**Uso de EPP** Cuales: _____ ___ Ingreso a SVE: ___ SIVIG-OTOM (Carga física) ___ SIVIG -OIR (ruido) ___ PPPC-RB (riesgo biológico) ___ Otro: _____	___ Iniciar actividad física ___ Dejar de fumar ___ Reducir consumo de alcohol ___ Control de peso ___ Otro: _____

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS___ Se remite a ARL: _____

RECOMENDACIONES ESPECIFICA: Higiene postural, pausas activas oculares y osteomusculares, usos de elementos de protección personal y bioseguridad, estilo de vida saludable.
PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras: _____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO CUALQUIER CAMBIO O NUEVO DATOS EXIGIRAN UN NUEVO ANALISIS Y PODRIAN MODIFICAR LOS RESULTADOS.

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico: ___ Psicosocial: _____

Auditivo: ___ Visual: ___ Respiratorio: ___ Biológico: ___ Químico: ___ De accidente de trabajo: _____
Otro: _____

FIRMA: DRA OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA
REGISTRO 0100 DEL 21/10/2020

Santiago Gallego A.
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1021804759

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia	D 08 M 01 A 2026.	Auxiliar Bodega.	

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995 — (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 3 Convenio 111 OIT

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Delgado	Alvarez	Sebastian

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Auxiliar bodega.		$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Itagüi – Medellín	D 06 M 06 A 2006.	Soltero.

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Calle 16 # 05-07	La Esperanza	3022812237

Cédula de ciudadanía: N° 1040572795
Expedida en: Sevilla – España

(**) Libreta militar N°
Distrito N° Primera clase: Segunda clase:

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒	Dora Liliana Cellar C.	3214979360	

¿Está trabajando actualmente? Si ☒ No ☐
En qué empresa? Representaciones Amazonas Sas
Empleado ☒ Independiente ☐
Tipo de contrato

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	I.E. Esteban Ochoa.	Itagüi	5°	
Bachillerato	I. E. Jomar.	Envigado – Ant.	9°.	
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente? Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si requiere mayor detalle utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

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

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

7 702124 007790 >

minerva 10-00 Diseñada y actualizada según la ley © por ...

© Legis – Prohibida toda reproducción total o parcial, sin la expresa autorización escrita de Legis. Uso indebido será sancionado de acuerdo con el artículo 54 de la Decisión 351 y demás estipulados en la Ley 23/82.

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	**Parentesco**	**Edades**	
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**		
Sara Marcela Alonso Betancur.	Administrativa.		
Alino De Jesús Delgado Delgado	oficios Varios.		

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Brisa Mafla.	A. Odontologa.		3126139035
2.-	Jesús David Huamri R.	Salud Pública.	Calle 16 - 05-07	3205300229.

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo	X	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si [ ] No [X]
	Agencia		Otro		
Nombre de la persona que lo recomienda					División o departamento
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos					

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C.

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

Concepto primer entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Conclusiones			
			Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si [ ] No [ ]		Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si [ ] No [ ]		Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

conf
202

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.040.572.795**

DELGADO ALVAREZ

APELLIDOS

SEBASTIAN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUN-2006**

ITAGUI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

19-JUN-2024 CON SEVILLA ESP
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

P-8835550-01455064-M-1040572795-20240725 **01411**12345A 2 54647855

IPS LABORATORIO DE CLINICA HUMANA
GÓMEZ VASQUEZ E.U.

Calidad, Ciencia, Competitividad y Tecnologia Para Usted
Nit 900243862-1

RESULTADOS

Software Baxlab v20250415

Impreso	07 ene. 2026 03:07:15 pm				
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento	06/06/2006
Paciente	**DELGADO ALVARES SEBASTIAN**		Sexo M	Edad 19A 7M 1D	**Nro. De Recepción** **30947**
Identif.	CC 1040572795	Teléfono 3022812237		Fecha De Recepción	07 ene. 2026 08:19:36 am
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .	

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
OTRO LABORATORIO			
1. HONGOS MICROSCOPICOS KOH			
Tipo de Muestra	Uñas		NO APLICA
K.O.H. Estudio Directo para Hongos	Negativo		NO APLICA

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 07 ene. 2026 02:16 pm
Fecha Validado 07 ene. 2026 02:16 pm

MICROBIOLOGIA			
2. GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO			
COLORACION DE GRAM			NO APLICA
Reacción Leucocitaria	No se observa		NO APLICA
Cocos Gram Positivos	(+)		NO APLICA

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 07 ene. 2026 02:16 pm
Fecha Validado 07 ene. 2026 02:16 pm

Dra. Cindy Pardo Toro
Bacteriologa
U. Catolica de Manizales

Dirección: Calle 8 No 9-99
Cel: 3144825366
laboratorioclinicahumanagv@hotmail.com

Dra. OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA CONSULTORIO DE LA ROSA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO **CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**

EXAMEN: INGRESO X PERIODICO__ EGRESO__ TRABAJO-RIESGO __ CAMBIO OFICIO__ REINCORP. LABORAL___
RECOMENDAC. LAB.__ CALIF. ORIGEN__ CONTROL AT-EL__ DEPORTIVA__ REV. PARACLINICOS___

FECHA: 08-Enero-2026

NOMBRE-APELLIDOS: Sebastian Delgado Nuñez EDAD: 19 c.c 1040572795

CARGO: Auxiliar de Bodega. CIUDAD Leticia

AREA: Representaciones Amazonas S.A.S.

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR			
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR			
APLAZADO			
APTO PARA LABOR EN ALTURAS			
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR			
EXAMEN DE RETIRO			
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ___	NO X	FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ___	NO X	FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ___	NO X	

N/A.

RECOMENDACIONES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
___ Remisión a EPS ___ Continuar manejo médico ___ Seguimiento caso por ARP ___ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: _____	**Uso de EPP** Cuales: _____ ___ Ingreso a SVE: ___ SIVIG-OTOM (Carga física) ___ SIVIG -OIR (ruido) ___ PPPC-RB (riesgo biológico) ___ Otro: _____	___ Iniciar actividad física ___ Dejar de fumar ___ Reducir consumo de alcohol ___ Control de peso ___ Otro: _____

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS___ Se remite a ARL: _____

RECOMENDACIONES ESPECIFICA: Higiene postural, pausas activas oculares y osteomusculares, usos de elementos de protección personal y bioseguridad, estilo de vida saludable.
PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras: _____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO CUALQUIER CAMBIO O NUEVO DATOS EXIGIRAN UN NUEVO ANALISIS Y PODRIAN MODIFICAR LOS RESULTADOS.

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico: ___ Psicosocial: _____

Auditivo: ____ Visual: ____ Respiratorio: ___ Biológico: ___ Químico: ____ De accidente de trabajo: _____
Otro: _____

Dra. Olga Martha de la Rosa O.
FIRMA. DRA OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA
REGISTRO 0100 DEL 21/10/2020

Sebastian Delgado A.
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1040572795

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia	D 7 M 01 A 2026	auxiliar de bodega	

I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995 — (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Gonzalez	Ahuamary	Jair Alejandro

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Auxiliar de bodega	1 año	$ 1.800.000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Leticia-Amazonas	D 30 M 12 A 2005	Soltero

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
	Costa rica	3112362850

Cédula de ciudadanía: Nº 1.122.702.105
Expedida en: 27-ENERO-2024

(**) Libreta militar Nº
Distrito Nº Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
NO	Si ☐ No ☒			

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Normal Marceliano Eduardo Canyes	Leticia	9°	2011
Bachillerato	INEM Jose Eustacio Rivera	Leticia	11°	2022
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente? — Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

¡Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último actual. Si necesita más de dos, utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
RespResentaciones Amazonas S.A.S		

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Sandra Castaño	Auxiliar de bodega

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
06-06-2025	2025	$ 1.600.000	$

Motivo del retiro: Otra Oportunidad de empleo

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Legis Prohibida toda reproducción total o parcial, con fines comerciales, sin autorización escrita de Legis

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio		

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Angel Alejandro Gonzales	Jefe de bodega	Leticia	3202395275
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo	X	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si [ ] No [X]
	Agencia		Otro		
Nombre de la persona que lo recomienda: Angel Alejandro					División o departamento
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos: Angel Alejandro Gonzales					

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C. 1.122.702.105

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

Concepto primer entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Conclusiones			
			Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si [ ] No [ ]		Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si [ ] No [ ]		Cargo	Tipo de contrato
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

Conf. 003
3/01/2026


CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.702.105

Apellidos
GONZALEZ AHUANARI

Nombres
JAIR ALEJANDRO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
30 DIC 2005

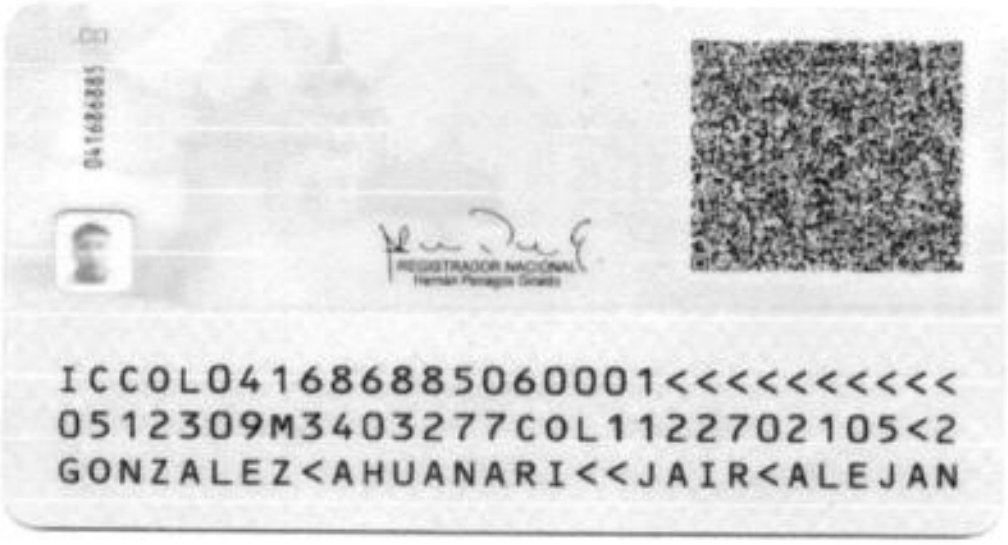
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PUERTO NARIÑO (AMAZONAS)

Fecha y lugar de expedición
09 ENE 2024, LETICIA

Firma

Fecha de expiración
27 MAR 2034


CO

0416868851

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0416868850600001<<<<<<<<<<<
0512309M3403277COL1122702105<2
GONZALEZ<AHUANARI<<JAIR<ALEJAN

IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA
GÓMEZ VÁSQUEZ E.U.

Calidad, Ciencia, Competitividad y Tecnologia Para Usted
Nit 900243862-1

RESULTADOS

Software Baxlab v20250415

Impreso	07 ene. 2026 03:28:53 pm				Fecha Nacimiento	30/12/2005	
Sede	**PRINCIPAL**						
Paciente	**GOZALEZ AHUANARI JAIR ALEJANDRO**			Sexo M	Edad	20A 0M 8D	**Nro. De Recepción** **30942**
Identif.	CC 1122702106	Teléfono 3215331568			Fecha De Recepción	07 ene. 2026 07:41:39 am	
Entidad	PARTICULAR			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	ASIGNADO NO		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
OTRO LABORATORIO			
1. HONGOS MICROSCOPICOS KOH			
Tipo de Muestra	Uñas	NO APLICA	
K.O.H. Estudio Directo para Hongos	Negativo	NO APLICA	

Validado Por: CINDY PARDO TORO
Fecha Reporte 07 ene. 2026 02:17 pm
Fecha Valicado 07 ene. 2026 02:17 pm

MICROBIOLOGIA			
2. GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO			
COLORACION DE GRAM		NO APLICA	
Reacción Leucocitaria	Escasas	NO APLICA	
Cocos Gram Positivos	No se observa	NO APLICA	

Validado Por: CINDY PARDO TORO
Fecha Reporte 07 ene. 2026 02:15 pm
Fecha Valicado 07 ene. 2026 02:15 pm

Dra. Cindy Pardo Toro
Bacteriologa .
U. Catolica de Manizales

Dirección: Calle 8 No 9-99
Cel: 3144825366
laboratorioclinicahumanagv@hotmail.com

Dra. OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA CONSULTORIO DE LA ROSA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMEN: INGRESO X PERIODICO__ EGRESO__ TRABAJO-RIESGO __ CAMBIO OFICIO__ REINCORP. LABORAL__
RECOMENDAC. LAB.__ CALIF. ORIGEN__ CONTROL AT-EL__ DEPORTIVA__ REV. PARACLINICOS__

FECHA: 08 Enero-2026

NOMBRE-APELLIDOS: Jair alejandro Gonzalez ahuanari EDAD: 20 c.c 1.122.702.105

CARGO: Auxiliar de Bodega. CIUDAD Leticia

AREA: Representaciones Amazonas - SAS.

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR			
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR			NA
APLAZADO			
APTO PARA LABOR EN ALTURAS			
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR			
EXAMEN DE RETIRO			
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ___	NO X	FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ___	NO X	FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ___	NO X	

RECOMENDACIONES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
___ Remisión a EPS ___ Continuar manejo médico ___ Seguimiento caso por ARP ___ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: _____	**Uso de EPP** Cuales: _____ ___ Ingreso a SVE: ___ SIVIG-OTOM (Carga física) ___ SIVIG -OIR (ruido) ___ PPPC-RB (riesgo biológico) ___ Otro: _____	___ Iniciar actividad física ___ Dejar de fumar ___ Reducir consumo de alcohol ___ Control de peso ___ Otro: _____

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS___ Se remite a ARL: _____

RECOMENDACIONES ESPECIFICA: Higiene postural, pausas activas oculares y osteomusculares, usos de elementos de protección personal y bioseguridad, estilo de vida saludable.
PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras: _____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO CUALQUIER CAMBIO O NUEVO DATOS EXIGIRAN UN NUEVO ANALISIS Y PODRIAN MODIFICAR LOS RESULTADOS.

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico: ___ Psicosocial: _____

Auditivo: ___ Visual: ___ Respiratorio: ___ Biológico: ___ Químico: ___ De accidente de trabajo: _____
Otro: _____

FIRMA. **DRA OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA**
REGISTRO 0100 DEL 21/10/2020

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C.: 1122702105

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia	D 7 M 01 A 2026	auxiliar de bodega	

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

I. DATOS PERSONALES

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Batista	Vargas	Cesar Joaquin

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
auxiliar de bodega	7 años	$ 7800.000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Leticia Amazonas	D 31 M 05 A 2001	Soltero

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Rvo alfonzo Gomes N: 58	Ri barboza	3123761625

Cédula de ciudadanía: N° 1.121.199.025	(**) Libreta militar N°
Expedida en: 12 - mar - 2020	Distrito N° Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
NO	Si ☐ No ☒	Jose		600.

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Jose carlos mestrinho	Tabatinga	5°	2009
Bachillerato	Gm 3	Tabatinga	12°	2019
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☒ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Relacione laboral los últimos dos empleos que usted ha desempeñado por lo menos un año. Si usted ha trabajado en la misma empresa por varios años, relacione solo los dos últimos cargos desempeñados.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
O Tomate	Tabatinga	

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

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
02.2021	2024	$ 1.150.000	$

Motivo del retiro: otra oportunidad de empleo

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Legis. Prohibida toda reproducción total o parcial sin la expresa autorización escrita de Legis. Este material de venta exclusiva en el territorio nacional y por consiguiente sin derecho de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley aplicable.

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia	X	COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado	X	Maquinaria	X	HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA	X	Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA	X	Editorial y Artes Gráficas		Muebles	X	BODEGAJE	X	VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco	X	Vidrio, Cerámica y Cemento	X	CONSTRUCCIÓN	X	INFORMÁTICO			

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Gabriella cocco compo	Ama de casa	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
	Rue marechal mdet	979961155541	Tabatinga

Nº de personas que dependan económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
2		11 meses 21 año

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

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Karlos Tamayo	auxiliar de bodega	Tabatinga	978116847 6
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?				¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	
	Anuncio		Amigo X		Si
	Agencia		Otro		No X

Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento
Karlos Tamayo	

Si tiene parientes en esta empresa menciónelos

no

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C. 1.124.199.025

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

Concepto primer entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Concepto segundo entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Conclusiones

	Fecha

Candidato seleccionado definitivamente	Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente	Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

Cord 004
5-1-2026

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.121.199.025**

VARGAS BATISTA

APELLIDOS

CESAR JOAQUIN

NOMBRES

César Vargas

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-MAY-2001**

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

12-MAR-2020 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6000100-01141106-M-1121199025-20200605 **00708**78428A 3 45631578

Clinica Leticia
FUNDACION

FUNDACION CLINICA LETICIA "LABORATORIO"
NIT: 900142282-4
Leticia, Amazonas

10126981

Paciente	: CESAR JOAQUIN VARGAS BATISTA	**Orden No**	: 10126981
Documento	: 1121199025	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-06 07:21:30
Edad/Sexo	: 24 Años / Femenino	**Primera Impresión**	: 2026-01-06 11:09:39.
Entidad	: PARTICULARES	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 3123761625

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**ESCASA**		
LEUCOCITOS:	**1-5 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**COCOS GRAM POSITIVOS +**		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	**UÑA**		
Resultado:	**BLASTOCONIDIAS ESCASAS**		

Karen Guerra

KAREN GUERRA URBINA
BACTERIOLOGA
1351
Validación:08/01/2026 09:49:28

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Dra. OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA CONSULTORIO DE LA ROSA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO **CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**

EXAMEN: INGRESO X PERIODICO__ EGRESO__ TRABAJO-RIESGO __ CAMBIO OFICIO__ REINCORP. LABORAL___
RECOMENDAC. LAB.__ CALIF. ORIGEN__ CONTROL AT-EL__ DEPORTIVA__ REV. PARACLINICOS___

FECHA: 08-Enero-2026.

NOMBRE-APELLIDOS: Cesar joaquin vargas Bautista EDAD: 24 C.C 1121199025

CARGO: Auxilior de Bodega. CIUDAD leticia

AREA: Representaciones Amazonas Sas

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR			
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR			
APLAZADO			
APTO PARA LABOR EN ALTURAS			
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR			
EXAMEN DE RETIRO			
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ___	NO X	FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ___	NO X	FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ___	NO X	

NA

RECOMENDACIONES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
___ Remisión a EPS ___ Continuar manejo médico ___ Seguimiento caso por ARP ___ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: _____	Uso de EPP Cuales: _____ ___ Ingreso a SVE: ___ SIVIG-OTOM (Carga física) ___ SIVIG -OIR (ruido) ___ PPPC-RB (riesgo biológico) ___ Otro: _____	___ Iniciar actividad física ___ Dejar de fumar ___ Reducir consumo de alcohol ___ Control de peso ___ Otro: _____

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS___ Se remite a ARL: _____

RECOMENDACIONES ESPECIFICA: Higiene postural, pausas activas oculares y osteomusculares, usos de elementos de protección personal y bioseguridad, estilo de vida saludable.
PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras: _____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO CUALQUIER CAMBIO O NUEVO DATOS EXIGIRAN UN NUEVO ANALISIS Y PODRIAN MODIFICAR LOS RESULTADOS.

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico: ___ Psicosocial: _____

Auditivo: ___ Visual: ___ Respiratorio: ___ Biológico: ___ Químico: ___ De accidente de trabajo: _____
Otro: _____

FIRMA. DRA OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA
REGISTRO 0100 DEL 21/10/2020

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1.121.199.025

minerva 10-03

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
06 01 26	Operario de Bodega

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Silva Caicedo	Victor Alfonso
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
14 09 1988	San Jose del Guaviare
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Calle 19 4A - 18 Barrio Costa Rica	Leticia - Amazonas
Teléfono	**N°. Celular**
	3215331568
Correo electrónico	**Nacionalidad**
victorasilvacaicedo@gmail.com	Colombiano

FOTOGRAFÍA RECIENTE Tamaño 3 x 4 cm

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Operario. Auxiliar de bodega	casado	7 años.

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: X	No. 1.121.203.019	(**) Libreta militar No. 1.121.203.019.	Primera clase:	
Extranjería:	Expedida en: Leticia - Amazonas.	Distrito No.	Segunda clase: X	
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí No X	Licencia de conducción No.	Categoría	

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí X No	¿En qué empresa? Representaciones Amazonas SAS	Empleado X Independiente	Tipo de contrato: obra - labor.
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí X No	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí X No	Fecha: D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí No — Nombre: — Dependencia:
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí No	Nombre: — Dependencia:	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio Amigo Redes Sociales X Por medio de agencia Otro ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí X No	Vive en casa: ¿Familiar? X ¿Propia? ¿Alquilada?	Nombre del arrendador:	Teléfono: — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí No X	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 2.000.000
¿Por qué conceptos? Alimentación - educación Hijos. - Casa.			¿Cuánto es su aspiración salarial? $
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí X No — ¿Cuál(es)? fútbol		

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

20306014

7 702124 007813

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Carmen Cecilia Ahuanari	Ama Casa	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
	Calle 19 4A-18.	3102737571	Leticia.

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
4.	Esposa e hijos	32- 12- 10- 3.

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Hitler Silva.	independiente.	
Marili Pacaya.	independiente	3222553565
Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Liliana Silva.	Contadora pública.	3185954122.
Diego Silva.	Operario Ecopetrol.	3103797602.

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	MES CURSADO	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria		6°.	Diploma.	Sagrado Corazon Jesus	Leticia
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ]		10°.		Inem jose Eustasio Rivera	Leticia.
Comercial [ ] Otro [ ]					
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente? Si [ ] No [ ]	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución	Horario: Diurno [ ] Nocturno [ ]	Fin de semana [ ] A distancia [ ]	

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Si [ ] No [ ] ¿Qué programas maneja?								
	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas Si [X] No [ ] ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
	1. Portugues. – Peruano.	R [X] MB	[X] B MB	[X] B MB	R [X] MB
	2. Español.	R B [X]	R [X] MB	R [X] MB	R B [X]

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Representaciones Amazonas Sas.		Calle 8 # 7-58	3127532039

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Area del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Operario bodega.		02 02 02	D M A	$ 1.100.000	$ 1.623500

Funciones realizadas: Funciones Varias.

Nombre de su jefe inmediato: Sandra Milena Castaño A. Cargo:

Logros obtenidos: Felicitaciones

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál? Contrato por medio de agencia [ ]

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

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
				$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
				$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Andres Pobehe	Medico Veterinario	Bogotá	3224381810
2.	Alexander Aponte	Medico Veterinario	USA	3139345904

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Liliana Silva			3185954122
2.	Mary Pacaya			3222553565

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

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C. 1.121.203.019

minerva

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.203.019

SILVA CAICEDO

APELLIDOS

VICTOR ALFONSO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1988

SAN JOSE DEL GUAVIARE
(GUAVIARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

05-JUN-2007 LETICIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

0031215428A 1

IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA
GÓMEZ VÁSQUEZ E.U.

Calidad, Ciencia, Competitividad y Tecnologia Para Usted
Nit 900243862-1

RESULTADOS

Software Baxlab v20250415

Impreso	07 ene. 2026 03:26:39 pm						
Sede	**PRINCIPAL**				Fecha Nacimiento	14/09/1988	
Paciente	**SILVA CAICEDO VICTOR ALFONSO**			Sexo M	Edad	37A 3M 23D	Nro. De Recepción **30941**
Identif.	CC 1121203019	Teléfono 3215331568			Fecha De Recepción	07 ene. 2026 07:36:16 am	
Entidad	PARTICULAR			SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**		Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
OTRO LABORATORIO			
1. HONGOS MICROSCOPICOS KOH			
Tipo de Muestra	Uñas	NO APLICA	
K.O.H. Estudio Directo para Hongos	Negativo	NO APLICA	

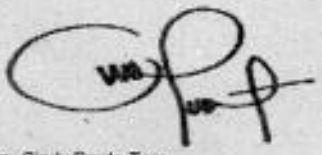
Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 07 ene. 2026 02:17 pm
Fecha Validado 07 ene. 2026 02:17 pm

MICROBIOLOGIA			
2. GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO			
COLORACION DE GRAM		NO APLICA	
Reacción Leucocitaria	No se observa	NO APLICA	
Cocos Gram Positivos	Escasas	NO APLICA	

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 07 ene. 2026 02:15 pm
Fecha Validado 07 ene. 2026 02:15 pm



Dra. Cindy Pardo Toro
Bacteriologa
U. Catolica de Manizales

Dirección: Calle 8 No 9-99
Cel: 3144825366
laboratorioclinicahumanagv@hotmail.com

Dra. OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA CONSULTORIO DE LA ROSA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMEN: INGRESO X PERIODICO__ EGRESO__ TRABAJO-RIESGO __ CAMBIO OFICIO__ REINCORP. LABORAL___
RECOMENDAC. LAB.__ CALIF. ORIGEN__ CONTROL AT-EL__ DEPORTIVA__ REV. PARACLINICOS___

FECHA: 8 Enero - 2026

NOMBRE-APELLIDOS: Victor Alfonso Silva Caicedo EDAD: 37 c.c 1121.203.019

CARGO: Auxiliar de Bodega CIUDAD Leticia

AREA: Representaciones Farmacon SAS.

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR			
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR			
APLAZADO			
APTO PARA LABOR EN ALTURAS			
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR			
EXAMEN DE RETIRO			
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ___	NO X	FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ___	NO X	FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ___	NO X	

NA.

RECOMENDACIONES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
___ Remisión a EPS ___ Continuar manejo médico ___ Seguimiento caso por ARP ___ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: _____	**Uso de EPP** Cuales: _____ ___ Ingreso a SVE: ___ SIVIG-OTOM (Carga física) ___ SIVIG -OIR (ruido) ___ PPPC-RB (riesgo biológico) ___ Otro: _____	___ Iniciar actividad física ___ Dejar de fumar ___ Reducir consumo de alcohol ___ Control de peso ___ Otro: _____

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS___ Se remite a ARL: _____

RECOMENDACIONES ESPECIFICA: Higiene postural, pausas activas oculares y osteomusculares, usos de elementos de protección personal y bioseguridad, estilo de vida saludable.
PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras: _____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO CUALQUIER CAMBIO O NUEVO DATOS EXIGIRAN UN NUEVO ANALISIS Y PODRIAN MODIFICAR LOS RESULTADOS.

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico: ___ Psicosocial: _____

Auditivo: ___ Visual: ___ Respiratorio: ___ Biológico: ___ Químico: ___ De accidente de trabajo: _____
Otro: _____

FIRMA. DRA OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA
REGISTRO 0100 DEL 21/10/2020
Seguridad y Salud en el Trabajo
Reg. Torpo Licencia S.O. 0100

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1.121.203.019

HOJA DE VIDA



PERFIL PROFESIONAL

Persona responsable y comprometida, con amplia experiencia empírica en el área de servicio al cliente, carga y descarga de mercancía, despachos, domicilios y labores operativas. Destaco por mi disposición para el trabajo físico, cumplimiento de tareas, trabajo en equipo y buena actitud frente a los clientes. Capacidad para adaptarse rápidamente y aprender en el puesto de trabajo.

DATOS PERSONALES

NOMBRE	Hamilton James Silva Macahuache
IDENTIFICACIÓN	CC. 1.121.203.774 de Leticia
FECHA DE NACIMIENTO	05 de junio 2002
ESTADO CIVIL	Unión Libre
DOMICILIO	Cra 12 b N° 13-51
CELULAR	320 837 4743
CORREO ELECTRÓNICO	19jamessilva@gmail.com

INFORMACIÓN ACADÉMICA

SECUNDARIOS

Francisco del Rosario Vela, (Grado 10° decimo), Leticia 2019.

EXPERIENCIA LABORAL

Representaciones Amazonas SAS, Auxiliar de bodegas, desde el 15 de julio de 2024.

REFERENCIA LABORALES

Señor, Alejandro Gonzalez, Representaciones Amazonas SAS, Jefe de Bodegas Teléfono 3202395275.

Señor, Roy Vasquez, LATAM AIRLINES, Agente de servicio al pasajero, Teléfono 323 252 2359.

REFERENCIA PERSONALES

Señora, Liseth Silva Macahuache, Independiente, Leticia, celular 3108965241.

Señora, Gretty Astrid Panaifo Macahuache, Empleada pública, Leticia, celular 3142790589.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos por mi anotados en el presente formato de hoja de vida son veraces (artículo 50 de la ley 90/95).

HAMILTON JAMES SILVA MACAHUACHE
CC. 1.121.203.774 de Leticia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.121.203.774**

SILVA MACAHUACHE

APELLIDOS

HAMILTON JAMES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-2002**

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

15-JUL-2020 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6000100-01149405-M-1121203774-20200727 **0071**354575A 1 46631758

Clinica Leticia
FUNDACION

FUNDACION CLINICA LETICIA "LABORATORIO"
NIT: 900142282-4
Leticia, Amazonas

10127432

Paciente	: HAMILTON JAMES SILVA MACAHUACHE	**Orden No**	: 10127432
Documento	: 1121203774	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-09 07:22:55
Edad/Sexo	: 23 Años / Masculino	**Primera Impresión**	: 2026-01-09 11:26:40.
Entidad	: PARTICULARES	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 3208374743

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**ESCASA**		
LEUCOCITOS:	**0-1 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**COCOS GRAM POSITIVOS ESCASOS**		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	**UÑA**		
Resultado:	**NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS**		

RODOLFO RENDON ORDUZ
BACTERIOLOGO
232
Validación: 09/01/2026 11:24:34

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Dra. OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA CONSULTORIO DE LA ROSA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMEN: INGRESO X PERIODICO__ EGRESO__ TRABAJO-RIESGO __ CAMBIO OFICIO__ REINCORP. LABORAL__
RECOMENDAC. LAB.__ CALIF. ORIGEN__ CONTROL AT-EL__ DEPORTIVA__ REV. PARACLINICOS__

FECHA: 09-Enero-2026

NOMBRE-APELLIDOS: Hamilton James Silva macahuache EDAD: 23 c.c 1.121.203.774

CARGO: Auxiliar de Bodega CIUDAD Leticia

AREA: Representaciones Amazonas SAS-

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR			
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR			
APLAZADO			
APTO PARA LABOR EN ALTURAS			
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR			
EXAMEN DE RETIRO			
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ___	NO X	FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ___	NO X	FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ___	NO X	

NA.

RECOMENDACIONES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
___ Remisión a EPS ___ Continuar manejo médico ___ Seguimiento caso por ARP ___ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: _____	Uso de EPP Cuales: _____ ___ Ingreso a SVE: ___ SIVIG-OTOM (Carga física) ___ SIVIG -OIR (ruido) ___ PPPC-RB (riesgo biológico) ___ Otro: _____	___ Iniciar actividad física ___ Dejar de fumar ___ Reducir consumo de alcohol ___ Control de peso ___ Otro: _____

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS___ Se remite a ARL: _____

RECOMENDACIONES ESPECIFICA: Higiene postural, pausas activas oculares y osteomusculares, usos de elementos de protección personal y bioseguridad, estilo de vida saludable.
PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras: _____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO CUALQUIER CAMBIO O NUEVO DATOS EXIGIRAN UN NUEVO ANALISIS Y PODRIAN MODIFICAR LOS RESULTADOS.

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico: ___ Psicosocial: _____

Auditivo: ___ Visual: ___ Respiratorio: ___ Biológico: ___ Químico: ___ De accidente de trabajo: _____
Otro: _____

Martha de la Rosa O.

FIRMA DRA OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA
REGISTRO 0100 DEL 21/10/2020

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1.121.203.774

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
LETICIA.	D 01 M 2026.	AUXILIAR BODEGA.	

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional Art. 11 Decreto 2150 de 1995. (**) Respuesta opcional Ley 48 de 1993 Art. 6 Convenio 11 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
VASQUEZ	MACEDO	NIXON EVELIO.

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
		$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
PTO NARIÑO	D 11 M 11 A 1981	UNION LIBRE

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Calle 19 Nº 4A-06	COSTA RICA.	CEL. 3144413850

Cédula de ciudadanía: Nº	(**) Libreta militar Nº	
Expedida en:	Distrito Nº	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si [X] No [ ]			

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

II. EDUCACION Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento: CRISTOBAL COLON.	Ciudad: 7 DE AGOSTO	Último grado cursado: COMPLETO	Fecha:
Bachillerato	Establecimiento: INEAGRO.	Ciudad: PTO NARIÑO.	Último grado cursado: COMPLETO.	Fecha:
Educación Superior	Establecimiento:	Ciudad:	Años cursados:	Fecha:
	Título obtenido y/o especialidad:		Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐	

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Iniciar relatando los últimos empleos que haya desempeñado, comenzando por el último actual. Si necesita más espacio, utilice otra hoja por separado. Recuerde que sus referencias laborales serán confidenciales.)

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

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Legis - Prohibida toda reproducción total o parcial, en la misma apariencia exterior de Legis - Bajo cualquier medio conocido o por conocer, sus páginas de sus contenidos visibles y periodos establecidos en la Ley autoria

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA	X	Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles	X	BODEGAJE	X	VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento	X	CONSTRUCCIÓN	X	INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
AMPARO AHUANARI	AMA DE CASA.	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
4	HIJOS	10 - 19. AÑOS.

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

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	LUIS ANTONIO POLOCHE	VETERINARIO		3224381810
2.-				

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio	Amigo	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	Si	No
	Agencia	Otro			

Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento

Si tiene parientes en esta empresa menciónelos

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C.

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

Concepto primer entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Concepto segundo entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Conclusiones

	Fecha

Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo $	
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato	

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.051.609**

VASQUEZ MACEDO

APELLIDOS

NIXON EVELIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1981**

PUERTO NARIÑO
(AMAZONAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-MAY-2003 PUERTO NARIÑO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6000100-00211463-M-0018051609-20100129 **00204**26326A 1 1720638003

Dra. OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA CONSULTORIO DE LA ROSA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMEN: INGRESO X PERIODICO__ EGRESO__ TRABAJO-RIESGO __ CAMBIO OFICIO__ REINCORP. LABORAL__
RECOMENDAC. LAB.__ CALIF. ORIGEN__ CONTROL AT-EL__ DEPORTIVA__ REV. PARACLINICOS__

FECHA: 20-1-2026

NOMBRE-APELLIDOS: Nixon Evelis Vargas Machado C.C. 1805 1609

CARGO: Auxiliar de bodega CIUDAD Leticia

AREA: Representación Amazonas

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS			X
ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE			X
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR			
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR			N/A
APLAZADO			
APTO PARA LABOR EN ALTURAS			
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR			
EXAMEN DE RETIRO			
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ___	NO X	FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ___	NO X	FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ___	NO X	

RECOMENDACIONES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
X Remisión a EPS ___ Continuar manejo médico ___ Seguimiento caso por ARP ___ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: Asistir a pyp en la EPS	**Uso de EPP** Cuales: Tapabocas ___ Ingreso a SVE: ___ SIVIG-OTOM (Carga física) ___ SIVIG -OIR (ruido) ___ PPPC-RB (riesgo biológico) ___ Otro:	X Iniciar actividad física ___ Dejar de fumar ___ Reducir consumo de alcohol ___ Control de peso ___ Otro:

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS___ Se remite a ARL: _____

RECOMENDACIONES ESPECIFICA: Higiene postural, pausas activas oculares y osteomusculares, usos de elementos de protección personal y bioseguridad, estilo de vida saludable.
PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras: _____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO CUALQUIER CAMBIO O NUEVO DATOS EXIGIRAN UN NUEVO ANALISIS Y PODRIAN MODIFICAR LOS RESULTADOS.

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico: ___ Psicosocial: _____

Auditivo: ___ Visual: ___ Respiratorio: ___ Biológico: ___ Químico: ___ De accidente de trabajo: _____
Otro: _____

Dra. Olga Martha de la Rosa O.
Salud en el Trabajo
RM 7076 Leticia

FIRMA: DRA OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA
REGISTRO 0100 DEL 21/10/2020

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1805 1609

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.122.266.338**

AHUE

APELLIDOS

LUIS GABRIEL

NOMBRES

Luis Gabriel Ahue

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1986**

PUERTO NARIÑO
(AMAZONAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

12-ENE-2005 PUERTO NARIÑO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6000700-01011313-M-1122266338-20180530 **0051330620G** 9904328416

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia - Amaz.	05 / 01 / 2026	Representaciones Amazonas	

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Tapuchima	Cahuache	Danery

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Oficios Varios	5	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Leticia	08 / 11 / 1985	

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono

FOTOGRAFIA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Cédula de ciudadanía: N°	(*) Libreta militar N°	
Expedida en: Leticia - Amazonas	Distrito N°	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☐		3185789911	

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☒ No ☐		Empleado ☒ Independiente ☐	Contrato de Obra Labor

II. EDUCACION Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Primaria				
Bachillerato				
Educación Superior			Años cursados	

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

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Representaciones Amazonas S.A.S.	Calle 8 No. 7-58	

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Sandra Milena Castaño Alvarez	Auxiliar de Bodega.

Funciones realizadas: Oficios Varios, Mencajería, Alistamiento organización de Alimentos.

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
10-01-2025	30-12-2025	$ 1.423.500	$ 1.423.500

Motivo del retiro: finalización de la labor contratada.

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas:

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

Motivo del retiro:

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresa ha trabajado e tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio		

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio ☐ Amigo ☐ Agencia ☐ Otro ☐	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	Si ☐ No ☐
Nombre de la persona que lo recomienda		División o departamento	
Si tiene parientes en esta empresa mencionelos			

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Regimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	DANGRY CAMACHO P. C.C.

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

Concepto primer entrevistador			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Conclusiones			
			Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐		Contratese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐		Cargo	Tipo de contrato
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.121.196.452
NUMERO

CAHUACHE TAPUCHIMA
APELLIDOS

DANERY
NOMBRES

DANERY CAHUACHE T.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1985

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

18-MAR-2004 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ BENSIFO LOPEZ

P-6000100-70132157-F-1121196452-20041117 05905043228 03 102977560

Dra. OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA CONSULTORIO DE LA ROSA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

EXAMEN: INGRESO X PERIODICO__ EGRESO__ TRABAJO-RIESGO __ CAMBIO OFICIO__ REINCORP. LABORAL__
RECOMENDAC. LAB.__ CALIF. ORIGEN__ CONTROL AT-EL__ DEPORTIVA__ REV. PARACLINICOS__

FECHA: 20-1-2026

NOMBRE-APELLIDOS: Danery Cabrera Tapia EDAD: 30 C.C 1121964552

CARGO: Auxiliar de Bodega CIUDAD Celicio

AREA: Representaciones Amazonia

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS			X
ENFASIS OSTEOMUSCULAR			___
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE			___
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR			___
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR			___
APLAZADO			___
APTO PARA LABOR EN ALTURAS			___
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR			___
EXAMEN DE RETIRO			___
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ___	NO X	FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ___	NO X	FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ___	NO X	

RECOMENDACIONES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
X Remisión a EPS ___ Continuar manejo médico ___ Seguimiento caso por ARP ___ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: Auxiliar de Farmacia	**Uso de EPP** Cuales: Tapabocas ___ Ingreso a SVE: ___ SIVIG-OTOM (Carga física) ___ SIVIG -OIR (ruido) ___ PPPC-RB (riesgo biológico) ___ Otro:	___ Iniciar actividad física ___ Dejar de fumar ___ Reducir consumo de alcohol X Control de peso ___ Otro: Nutrición

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS___ Se remite a ARL: _____

RECOMENDACIONES ESPECIFICA: Higiene postural, pausas activas oculares y osteomusculares, usos de elementos de protección personal y bioseguridad, estilo de vida saludable.
PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras: _____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO CUALQUIER CAMBIO O NUEVO DATOS EXIGIRAN UN NUEVO ANALISIS Y PODRIAN MODIFICAR LOS RESULTADOS.

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico: ___ Psicosocial: _____

Auditivo: ___ Visual: ___ Respiratorio: ___ Biológico: ___ Químico: ___ De accidente de trabajo: _____
Otro: _____

Dra. Olga Martha de la Rosa O.
Especialista en Salud Ocupacional
Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 7070 Medico S.O. 0100

FIRMA: DRA OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA
REGISTRO 0100 DEL 21/10/2020

Danery Cabrera T.
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1.121-19652 Ced.

Clinica Leticia
FUNDACION

FUNDACION CLINICA LETICIA "LABORATORIO"
NIT: 900142282-4
Leticia, Amazonas

10126849

Paciente	: DANERY CAHUCHE TAPUCIMA	**Orden No**	: 10126849
Documento	: 1121196452	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-05 06:31:04
Edad/Sexo	: 40 Años / Femenino	**Primera Impresión**	: 2026-01-05 09:13:48.
Entidad	: PARTICULARES	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 3125789911

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**ESCASA**		
LEUCOCITOS:	**1-2 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**COCOS GRAM NEGATIVOS ESCASOS** **COCOS GRAM POSITIVOS ESCASOS**		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	**UÑA**		
Resultado:	**NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS**		

Karen Guerra

KAREN GUERRA URBINA
BACTERIOLOGA
1351
Validación: 05/01/2026 09:11:45

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Agencia Pública
DE EMPLEO

MONICA CORDOBA JOJOA

CC 1031178373 - Fecha de nacimiento 06/12/1998

CALLE 10 NO 3 - 08 BARRIO TAUCHI - Leticia - Amazonas

Celular : 3224254426 - Celular Alterno : 3173100511

monica.cordoba.903@gmail.com

Certificado de Residencia No Cargado - Certificado de Residencia No Validado

PERFIL OCUPACIONAL

TECNOLOGA EN GESTIÓN DE NEGOCIOS.

LOGROS ALCANZADOS EN LA TRAYECTORIA LABORAL

SOY UNA PERSONA RESPONSABLE, PERSEVERANTE Y ORGANIZADA, CON EXCELENTES RELACIONES INTERPERSONALES, CON FACILIDAD PARA TRABAJAR EN EQUIPO O INDIVIDUALMENTE, CON ALTO GRADO DE CALIDAD AL MOMENTO DE REALIZAR MIS FUNCIONES.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Escuela Distrital Marco Antonio Carreño Silva

Bachiller Académico

Graduado

Fecha último periodo cursado: 03/12/2016

SENA - CENTRO PARA LA BIODIVERSIDAD Y EL TURISMO DEL AMAZONAS (NOMBRE ANTERIOR > Centro

TECNÓLOGO EN GESTIÓN DE NEGOCIOS

Graduado

Fecha último periodo cursado: 10/07/2018

SENA

ELABORAR CALCULOS Y TABLAS FINANCIERAS CON MICROSOFT EXCEL

Terminado
Fecha último periodo cursado: 12/12/2018
Intensidad horaria: 50 Hora(s)

SENA

FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Terminado
Fecha último periodo cursado: 10/08/2018
Intensidad horaria: 40 Hora(s)

SENA

MOMENTO PARA HABLAR DE PAZ - RESOLUCION DE CONFLICTOS FAMILIARES

Terminado
Fecha último periodo cursado: 17/03/2018
Intensidad horaria: 20 Hora(s)

IDIOMAS

	Lee	Habla	Escribe
Portugués	Avanzado	Avanzado	Avanzado
Español	Nativo	Nativo	Nativo

EXPERIENCIA LABORAL

SERVICIOS Y SUMINISTROS LOGISTICA FLUVIAL

Asesor ventas

- Organizar y exhibir mercancías en establecimientos comerciales.
- Organizar los puntos de degustación y exhibición.
- Distribuir muestras.
- Demostrar el funcionamiento y uso de productos.
- Contactar telefónicamente o por medios electrónicos personas y negocios e impulsar la venta de bienes y servicios; investigar o verificar la información.

Fecha inicio: 01/03/2021 - Fecha fin: 30/11/2021

Experiencia: 8.94 meses

HOTEL MADRE SELVA

Recepcionista hotel

- Informar a los clientes sobre aspectos turísticos de la ciudad y servicios del establecimiento.
- Registrar la llegada y salida de huéspedes y asignar habitaciones.
- Mantener actualizada la información de registro, solicitudes, cuentas de huéspedes, recibos y comprobantes, utilizando sistema manual o computarizado.
- Presentar los estados de cuenta a la salida de los huéspedes y recibir pagos.
- Vender y reservar habitaciones o servicios de alojamiento.
- Orientar al cliente en sus peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.

Fecha inicio: 12/05/2018 - Fecha fin: 02/06/2020

Experiencia: 24.68 meses

HOTEL SIAMI

Recepcionista hotel

- Informar a los clientes sobre aspectos turísticos de la ciudad y servicios del establecimiento.
- Registrar la llegada y salida de huéspedes y asignar habitaciones.
- Mantener actualizada la información de registro, solicitudes, cuentas de huéspedes, recibos y comprobantes, utilizando sistema manual o computarizado.
- Presentar los estados de cuenta a la salida de los huéspedes y recibir pagos.
- Vender y reservar habitaciones o servicios de alojamiento.
- Orientar al cliente en sus peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.

Fecha inicio: 5/05/2022 - Fecha fin: 12/02/2023

Experiencia: 9 meses.

FIRMA
CC 1031178373



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.031.178.373
CORDOBA JOJOA

APELLIDOS
MONICA

NOMBRES
Monica Cordoba
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1998
LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-ENE-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-00680710-F-1031178373-20170303 0053456147A 1 47456207

Dra. OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA CONSULTORIO DE LA ROSA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO **CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**

EXAMEN: INGRESO __ PERIODICO__ EGRESO__ TRABAJO-RIESGO __ CAMBIO OFICIO__ REINCORP. LABORAL___
RECOMENDAC. LAB.__ CALIF. ORIGEN__ CONTROL AT-EL__ DEPORTIVA__ REV. PARACLINICOS___

FECHA: 07 · Enero - 2026.

NOMBRE-APELLIDOS: Monica Cordoba jojoa EDAD: 27 C.C 1.031.178373

CARGO: Auxiliar administrativo CIUDAD leticia

AREA: Representaciones Amazonas Sas

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR			X
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE			X
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR			X
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR			X
APLAZADO			X
APTO PARA LABOR EN ALTURAS			X
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR			X
EXAMEN DE RETIRO			X
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ___	NO X	FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ___	NO X	FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ___	NO X	

RECOMENDACIONES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
___ Remisión a EPS ___ Continuar manejo médico ___ Seguimiento caso por ARP ___ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: _____	**Uso de EPP** Cuales: _____ ___ Ingreso a SVE: ___ SIVIG-OTOM (Carga física) ___ SIVIG -OIR (ruido) ___ PPPC-RB (riesgo biológico) ___ Otro: _____	___ Iniciar actividad física ___ Dejar de fumar ___ Reducir consumo de alcohol ___ Control de peso ___ Otro: _____

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS___ Se remite a ARL: _____

RECOMENDACIONES ESPECIFICA: Higiene postural, pausas activas oculares y osteomusculares, usos de elementos de protección personal y bioseguridad, estilo de vida saludable.
PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras: _____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO CUALQUIER CAMBIO O NUEVO DATOS EXIGIRAN UN NUEVO ANALISIS Y PODRIAN MODIFICAR LOS RESULTADOS.

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico: ___ Psicosocial: _____

Auditivo: ___ Visual: ___ Respiratorio: ___ Biológico: ___ Químico: ___ De accidente de trabajo: _____
Otro: _____

FIRMA: **DRA OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA**
REGISTRO 0100 DEL 21/10/2020

Monica Cordoba
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1031178373

Clínica Leticia
FUNDACION

FUNDACION CLINICA LETICIA "LABORATORIO"
NIT: 900142282-4
Leticia, Amazonas

10126887

Paciente	: MONICA CORDOBA JOJOA	**Orden No**	: 10126887
Documento	: 1031178373	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-05 07:49:21
Edad/Sexo	: 27 Años / Femenino	**Primera Impresión**	: 2026-01-05 11:37:14.
Entidad	: PARTICULARES	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 317 301 0511

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**ESCASA**		
LEUCOCITOS:	**1-2 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**BACILOS GRAM POSITIVOS +**		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	**UÑA**		
Resultado:	**NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS**		

Karina Cueva P.

KARINA LILIANA CUEVA PABON
BACTERIOLOGO
1121197844
Validación: 05/01/2026 11:32:48

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia	D 05 M 01 A 2026		

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT. (**) Respuesta opcional Art. 111 Decreto 2150 de 1995.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Mariño	Rivera	Jhon William

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Oficios Varios		$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Leticia - Amazonas	D 15 M 05 A 1,991	Soltero

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Calle 9 Barrio Centro		

Cédula de ciudadanía: N° 1.121.206.957
Expedida en: Leticia - Amazonas

(**) Libreta militar N°
Distrito N° Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☐			

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que haya desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita dar más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Representaciones Amazonas S.A.S.	calle 8 N° 7-58	

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Angel Alejandro Gonzalez Lopez	Auxiliar de Bodega

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Ley - Prohibida toda reproducción total o parcial sin la expresa autorización escrita de Ley - bajo cualquier medio conocido o por conocer, así como la de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley aplicable.

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia	X	COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio		

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo		¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si ☐ No ☐
	Agencia		Otro		
Nombre de la persona que lo recomienda				División o departamento	
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos					

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

x Jhon Mariño

C.C. x 1121206957

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

Concepto primer entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Conclusiones			
			Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐		Contratese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐		Cargo	Tipo de contrato
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	**Firma de quien autoriza contratación**

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
MARIÑO RIVERA

NUIP 1.121.206.957

Nombres
JHON WILLIAM

Nacionalidad
COL

Estatura
1.71

Sexo
M

Fecha de nacimiento
15 MAYO 1991

G.S
O+

Lugar de nacimiento
LETICIA (AMAZONAS)

Fecha y lugar de expedición
20 OCT 2009, LETICIA

Firma
Jhon Mariño

Fecha de expiración
24 MAR 2032

00

00204891

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL00204891260001<<<<<<<<<<<
9105159M3203248COL1121206957<3
MARİNO<RIVERA<<JHON<WILLIAM<<<

IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA
GÓMEZ VÁSQUEZ E.U.

Calidad, Ciencia, Competitividad y Tecnologia Para Usted
Nit 900243862-1

RESULTADOS

Software Baxlab v20250415

Impreso	15 ene. 2026 02:12:27 pm				
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento	15/05/1991
Paciente	**MARIÑO RIVERA JHON**		Sexo M	Edad 34A 8M 0D	**Nro. De Recepción** **31061**
Identif.	CC 1121206957	Teléfono 3123293129		Fecha De Recepción	15 ene. 2026 07:56:32 am
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
Sala	**N/A**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .	

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
OTRO LABORATORIO			
1. HONGOS MICROSCOPICOS KOH			
Tipo de Muestra	Uñas	NO APLICA	
K.O.H. Estudio Directo para Hongos	Negativo	NO APLICA	

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 15 ene. 2026 02:12 pm
Fecha Validado 15 ene. 2026 02:12 pm

MICROBIOLOGIA			
2. GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO			
COLORACION DE GRAM		NO APLICA	
Reacción Leucocitaria	No se observa	NO APLICA	
Cocos Gram Positivos	Escasas	NO APLICA	

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 15 ene. 2026 02:11 pm
Fecha Validado 15 ene. 2026 02:11 pm

Dra. Cindy Pardo Toro
Bacteriologa
U. Catolica de Manizales

Dirección: Calle 8 No 9-99
Cel: 3144825366
laboratorioclinicahumanagv@hotmail.com

Dra. OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA CONSULTORIO DE LA ROSA	SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO **CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**

EXAMEN: INGRESO X PERIODICO__ EGRESO__ TRABAJO-RIESGO __ CAMBIO OFICIO__ REINCORP. LABORAL___
RECOMENDAC. LAB.__ CALIF. ORIGEN__ CONTROL AT-EL__ DEPORTIVA__ REV. PARACLINICOS___

FECHA: 15-1-2025

NOMBRE-APELLIDOS: Jhon willian mariño Ruiz EDAD: 34 C.C 1121206957

CARGO: Obras varias CIUDAD Cotrico

AREA: Katawa

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MÉDICA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE			X
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR			N/A
APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR			
APLAZADO			
APTO PARA LABOR EN ALTURAS			
APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR			
EXAMEN DE RETIRO			
SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO	SI ___	NO X	FECHA AT:
ENFERMEDAD PROFESIONAL	SI ___	NO X	FECHA DXCO:
ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO	SI ___	NO X	

RECOMENDACIONES

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
X Remisión a EPS ___ Continuar manejo médico ___ Seguimiento caso por ARP ___ Iniciar proceso de calificación de origen de enfermedad OTRO: Ortopedia	**Uso de EPP** Cuales: Tapabocas ___ Ingreso a SVE: ___ SIVIG-OTOM (Carga física) ___ SIVIG -OIR (ruido) ___ PPPC-RB (riesgo biológico) ___ Otro:	X Iniciar actividad física ___ Dejar de fumar ___ Reducir consumo de alcohol ___ Control de peso ___ Otro:

Se remite a EPS: ___ Continuar manejo medico por EPS___ Se remite a ARL: _____

RECOMENDACIONES ESPECIFICA: Higiene postural, pausas activas oculares y osteomusculares, usos de elementos de protección personal y bioseguridad, estilo de vida saludable.
PARA LA EMPRESA:
SIEMPRE DOTAR AL TRABAJADOR DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HOMOLOGADOS SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES IDENTIFICADOS POR LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO.

Otras: _____

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO CUALQUIER CAMBIO O NUEVO DATOS EXIGIRAN UN NUEVO ANALISIS Y PODRIAN MODIFICAR LOS RESULTADOS.

Ingresar al trabajador examinado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ocupacional: Ergonómico: ___ Psicosocial:_____

Auditivo:____ Visual:____ Respiratorio:___ Biológico:___ Químico:____ De accidente de trabajo:_____
Otro:_____

Dra. Olga Martha de la Rosa O.
Médico Especialista en Medicina del Trabajo y Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 7555 Licencia S.S. 2121

FIRMA: **DRA OLGA MARTHA DE LA ROSA ORTEGA**
REGISTRO 0100 DEL 21/10/2020

Jhon Mariño
FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. 1121206957

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Pto Xloriño - Am	D 05 M 01 A 2025		

I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 111 Decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Farias	Chavez	Luz Mery del Carmen

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Oficios Varios	2 años	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Puerto Nariño - Amazonas	D 26 M 11 A 1990	

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Comunidad Ticoya	Resg. Indigena	

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°
Expedida en: Pto Xloriño - Amazonas	Distrito N° Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☐			

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

II. EDUCACION Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Para relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Representaciones Amazonas S.A.S.	Calle 8° N° 7-58	

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Legis Prohibida toda reproducción total o parcial sin la expresa autorización escrita de Legis. Bajo cualquier medio conocido o por conocer, así como el envío de las ediciones vigentes y pasadas establecidas en la Ley aplicable.

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		**COMERCIO**		**SALUD**	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		**HOTELES Y RESTAURANTES**		**EDUCACIÓN**	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		**TRANSPORTE**		**SEGUROS**	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		**BODEGAJE**		**VIGILANCIA**	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		**COMUNICACIONES**		**OTRO**	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		**ELECTRICIDAD / GAS / AGUA**		**FINCA RAÍZ**			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		**CONSTRUCCIÓN**		**INFORMÁTICO**			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio		

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo		¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si ☐ No ☐
	Agencia		Otro		
Nombre de la persona que lo recomienda				División o departamento	
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos					

Nota importante	**Certificación**	**Firma del solicitante**
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	X C.C. X

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

Concepto primer entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Conclusiones			
			Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐		Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐		Cargo	Tipo de contrato
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	**Firma de quien autoriza contratación**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.267.916**

FARIAS CHAVEZ

APELLIDOS

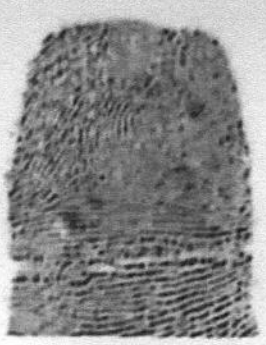
LUZ MERY DEL CARMEN

NOMBRES

Luz Mery Farias Chavez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1990**

PUERTO NARIÑO
(AMAZONAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-ABR-2009 PUERTO NARIÑO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6000700-61011313 F 1122267916 20180520 0061330621G 1 9904329482

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GRANADA	VILLACORTA	LAURA CRISTINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.121.446.554

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 17 MES 02 AÑO 2005

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: AMAZONAS

MUNICIPIO: LETICIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CRA 6 # 16 - 17 BARRIO URIBE URIBE

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: AMAZONAS

MUNICIPIO: LETICIA

TELÉFONO: 3167606074 EMAIL: lgranada057@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 X	MES 12 AÑO 2021

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

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

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

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

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*
AZCAITA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
AMAZONAS	LETICIA	AZCAITA1@GMAIL.COM

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3026391780	DÍA 15 MES 04 AÑO 2024	DÍA 06 MES 08 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUX EN SECRETARIA	PÚBLICA	CRA 4 # 14B 31 URBANIZACION SAN JOSE

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
AMAZONAS	LETICIA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 19 MES 09 AÑO 2024	DÍA 31 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
SISTEMATIZADORA	PÚBLICA	CRA 4 # 4 - 10

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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

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		8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento LETICIA, 9 DE ENERO DE 2026

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

CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.121.446.554



Apellidos
GRANADA VILLACORTA

Nombres
LAURA CRISTINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F

Fecha de nacimiento
17 FEB 2005

G.S
A+

Lugar de nacimiento
LETICIA (AMAZONAS)

Fecha y lugar de expedición
21 FEB 2023, LETICIA

Fecha de expiración
22 FEB 2033

Firma

.CO

0163812254

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0163812548600001<<<<<<<<<<<
0502179F3302222COL11214465 54<4
GRANADA<VILLACORTA<<LAURA<CRIS

IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA
GÓMEZ VÁSQUEZ E.U.

Calidad, Ciencia, Competitividad y Tecnologia Para Usted
Nit 900243862-1

RESULTADOS Software Baxlab v20250415

Página 1 de 1

Impreso	08 ene. 2026 03:58:56 pm					
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento	17/02/2005	
Paciente	**GRANADA VILLACORTA LAURA CRISTINA**		Sexo F	Edad	20A 10M 19D	**Nro. De Recepción** **30967**
Identif.	CC 1121446554	Teléfono 3227268608		Fecha De Recepción	08 ene. 2026 09:30:44 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
OTRO LABORATORIO			
1. HONGOS MICROSCOPICOS KOH			
Tipo de Muestra	Uñas	NO APLICA	
K.O.H. Estudio Directo para Hongos	Negativo	NO APLICA	

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 08 ene. 2026 02:24 pm
Fecha Validado 08 ene. 2026 02:24 pm

MICROBIOLOGIA			
2. GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO			
COLORACION DE GRAM		NO APLICA	
Reacción Leucocitaria	No se observa	NO APLICA	
Bacilos Gram Positivos	(+)	NO APLICA	
Cocos Gram Positivos	(+)	NO APLICA	

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 08 ene. 2026 02:22 pm
Fecha Validado 08 ene. 2026 02:22 pm

Dra. Cindy Pardo Toro
Bacteriologa
U. Catolica de Manizales

Dirección: Calle 8 No 9-99
Cel: 3144825366
laboratorioclinicahumanagv@hotmail.com

SIO SALUD INTEGRAL SAS

Nit: 901.545.738-4
Dirección: Cra 49B No 91-91 Barrio la castellana
Correo electrónico: siosaludintegral@gmail.com
Telefono: 3123530163 - 6016755655



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.740

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	10 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

GRANADA VILLACORTA LAURA CRISTINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	19 AÑOS 8 MESES 12 DÍAS	CC	1121446554
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
SECRETARIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR PREINGRESO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO PARA LA LABOR A DESEMPEÑAR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: jfchn

Nombre: CHAMARRAVI NIEVES JOSE FEDERICO

R. M.: 1084/2002 L.S.O.: 4052 DE 12-04-201

Código de Seguridad
W1142C1I8740

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GRANADA VILLACORTA LAURA CRISTINA

CC: 1121446554

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia.	D 09 M 01 A 2026.	Auxiliar de bodega.	

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT. (**) Respuesta opcional Art. 111 Decreto 2150 de 1995.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Huanira	Reina	Jesús David.

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Técnico Salud Pública	5 años.	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Leticia Amazonas	D 14 M 10 1995	Unión libre.

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Calle 16 # 05-07	La Esperanza	3205300229

Cédula de ciudadanía: N° 1.121.214.740.
Expedida en: Leticia - Amazonas.
(**) Libreta militar N° 1.121.214.740.
Distrito N° Primera clase: X Segunda clase:

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No X	Liliana Cuellar Cuellar	3214979360	1.000.000.

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No X		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	I. E. Escuela Normal Superior B.	Leticia.	5°.	
Bachillerato	Inem Jose Eustasio Rivera.	Leticia.	11°.	
Educación Superior	Sena Regional Amazonas	Leticia.	Años cursados 10 años.	

Título obtenido y/o especialidad: Técnico — Administrativo.
Tipo de formación: Técnica X Tecnológica ☐ Profesional ☐

¿Qué estudios realiza actualmente? Ninguno.
Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita con más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Gobernación del Amazonas.	Calle 10 # 10-77	608-5926566.

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Beatriz Elena Pajaro Arnedo.	Apoyo técnico participación Social en Salud

Funciones realizadas: Apoyo concurrencia en gestión de Salud. pública

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
25/02/2025	31/12/2025.	$ 2.400.000	$ 2.400.000

Motivo del retiro: Terminación de Contrato.

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Ley 23 Prohibida toda reproducción total o parcial sin la expresa autorización escrita de Ley. Bajo cualquier medio conocido o por conocer. Sin permiso de autor no se pueden crear y ponerlo en circulación en la Ley Autor.

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO	X	SALUD	X
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	X
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE	X	SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE	X	VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Sara Alvarez	Administrativa.	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
Administrativo.	Calle 8 # 7-58.	3212757679	Leticia.

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio
Jesús Huanira	Todero.
Ana Bertha Reina.	Ama Casa.

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Sebastian Delgado.	Aux. bodega.	Calle 16 # 05-07.	3022812237
2.-	Monica Jojoa.	Administrativa.	Calle 8 # 7-58.	3224254426.

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?		¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?
Anuncio		Si
Amigo	X	No X
Agencia		
Otro		

Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento

Si tiene parientes en esta empresa menciónelos

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C 1.121.214.740.

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

Concepto primer entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Concepto segundo entrevistador:

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Conclusiones

		Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.214.740**

HUANIRI REINA

APELLIDOS

JESUS DAVID

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-OCT-1995**

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-OCT-2013 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6000100-00519861-M-1121214740-20131129 0036060551A 1 38466047

prolife

CENTRO DE PREVENCIÓN EN SALUD PROLIFE
NIT. 901831505
CÓDIGO DE PRESTADOR: 9100100221
CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

NUM.HISTORIA 1121214740 **FECHA:** 2026-01-09 15:05:41

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: JESUS DAVID HUANIRI REINA	**ID:** CC 1121214740	**FECHA DE NACIMIENTO:** 1995-10-14
EDAD: 30 Años 2 Meses26 Dias	**GENERO:** MASCULINO	**ESTADO CIVIL:** UNIÓN LIBRE
TEL: 3205300229	**DIRECCIÓN:** CRA 7 # 10 37	**LUGAR DE RESIDENCIA:** LETICIA (AMAZONAS)
ENTIDAD: PARTICULARES	**TIPO DE USUARIO:** PARTICULAR	**ARL:** POSITIVA
CARGO: TECNICO		

TIPO DE EXAMEN

☑	INGRESO	☐	EGRESO	☐	PERIODICO
☐	REINTEGRO	☐	POST-INCAPACIDAD	☑	ENFASIS

EXÁMENES REALIZADOS

☐	AUDIOMETRIA	☐	ELECTROCARDIOGRAMA	☐	ESPIROMETRIA
☑	EXAMEN OSTEOMUSCULAR	☐	PSICOSENSOMETRICO	☐	PSICOTECNICO
☐	LABORATORIO EN SANGRE	☐	OPTOMETRIA	☐	RX COLUMNA TOTAL
☐	RX COLUMNA LUMBOSACRA	☐	RX COLUMNA DORSAL	☐	PRUEBA PSICOLÓGICA
☐	VISOMETRIA	☐	OXIMETRIA DE PULSO	☐	RX TÓRAX AP Y LATERAL

OTRO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE INGRESO APTO SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO	**CONCEPTO DE EGRESO** --	**CONCEPTO PERIÓDICO** --
CONCEPTO REINTEGRO --	**CONCEPTO CAMBIO OCUPACIÓN** --	**CONCEPTO POST-INCAPACIDAD** --

REQUISITOS DE SALUD

Cumple los requisitos para:

TRABAJO EN ALTURAS --	**MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS** --	**ESPACIOS CONFINADOS** --
CONDUCCIÓN --	**TRABAJOS ESPECIALES** --	

CONDUCTA

CONDUCTA DE MANEJO MEDICO:

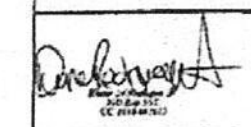
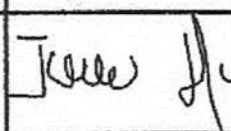
☐	CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐	REMISION A EPS
☐	SEGUIMIENTO POR LA ARL		

CONDUCTA MEDICA LABORAL

☑	EDUCACION EN HIGIENE POSTURAL	☑	CAPACITACION Y VERIFICACION EN USO ADECUADOS DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
☑	CONDUCTA SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	☑	EDUCACION EN MANEJO DE CARGAS
☑	PAUSAS ACTIVAS	**OTROS**	

CONDUCTA SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

☑	ACTIVIDAD FISICA REGULAR	☑	DIETA BALANCEADA
☐	DESESTIMULAR CONSUMO DE: Cigarrillo, alcohol, sustancias psicoactivas		

RECOMENDACIONES	**RESTRICCIONES**
FIRMA MEDICO	**FIRMA PACIENTE**
	
Profesional: DIANA ALEJANDRA RODRIGUEZ HERNANDEZ **CC:**1018482023 **Esp:** MEDICINA OCUPACIONAL **RM:** 1018482023	**Nombre:** JESUS DAVID HUANIRI REINA **CC:**1121214740

REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S.

PLAN DE COMPRAS COMO OPERADOR EXTERNO SEGÚN RESOLUSION 18858 DEL 2018

Plan de compras: el plan de compras es la herramienta para programar las necesidades de bienes y servicios que se requieren durante el calendario escolar, desagregado por meses con el objetivo de implementarel Plan Alimentario Indígena Propio. Este Plan de Compras se enmarcará en los calendarios culturales de los diferentes pueblos indígenas, que hacen parte de los Proyectos Educativos Comunitarios - PEC, y deberá determinar lo que se necesita, cuánto se necesita, cuándo se necesita, los recursos requeridos y las fuentes de donde se obtendrán los recursos. Subrayado tomado de la resolución 18858/2018.

Como operadores externos que atienden población mayoritariamente indígena y que se encuentra en teriitorio indígena operando en las asociaciones de ACITAM, ATICOYA, AIZA. AIPEA, CIMTAR, CIMPUM , COIMPA, CITMA, CITYA, PANI Y las Areas no Municipalizadas del departamento de Amazonas se proyecta el siguiente plan de compras para un mes com 20 dias de operación.

PLAN DE COMPRS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN I.E. LAS AMERICAS PUERTO ALEGRIA COIMPA

BIENES Y SERVICIOS	CANTIDADES		TIEMPOS	COSTOS	FUENTES
Bagre magro sin cabeza crudo	106	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Casabe de yuca asado con sal	4	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	21	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	3	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	25	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Frutas para jugo	135	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Frutas en porcion	314	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero, crudo	465	unidades	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Papa cruda	21	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pechuga, carne con piel	55	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	7	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	80	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	67	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

Pollo contramuslo	28	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Res carne magra cruda	65	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	23	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	30	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Zanahoria cruda	11	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN I.E. SAN RAFAEL DE CARAPARANA - EL ENCANTO - CIMPUM

BIENES Y SERVICIOS	CANTIDADES		TIEMPOS	COSTOS	FUENTES
Bagre magro sin cabeza crudo	125	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	45	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	18	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	2	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	161	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta en porcion	141	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero, crudo	646	unidades	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Papa variedad cerosa	15	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pechuga, carne con piel	45	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	65	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	16	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo contramuslo	12	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo entero crudo con piel	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Res carne magra cruda	27	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	19	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	36	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Zanahoria cruda	9	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S.

PLAN DE COMPRS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN I.E. CAS DEL CONOCIMIENTO - LA CHORRERA - CIMPUM

BIENES Y SERVICIOS	CANTIDADES		TIEMPOS	COSTOS	FUENTES
Bagre magro sin cabeza crudo	100	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	2	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	18	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	186	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta en porcion	142	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero, crudo	720	unidades	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	13	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Papa variedad cerosa	18	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pechuga, carne con piel	52	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	4	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	75	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	17	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo contramuslo	13	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo entero crudo con piel	12	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Res carne magra cruda	30	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	23	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	41	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Zanahoria cruda	9	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN I.E. VILLA DEL CARMEN DE TARAPACA-CIMTAR

BIENES Y SERVICIOS	CANTIDADES		TIEMPOS	COSTOS	FUENTES
Bagre magro sin cabeza crudo	170	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	35	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	4	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	30	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

Fruta para jugo	140	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta en porcion	1120	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero, crudo	1175	unidades	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	23	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Papa variedad cerosa	30	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pechuga, carne con piel	85	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	8	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	135	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	30	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo contramuslo	24	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo entero crudo con piel	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Res carne magra cruda	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	30	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	60	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Zanahoria cruda	8	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN ASOCIACION AIPEA

BIENES Y SERVICIOS	CANTIDADES		TIEMPOS	COSTOS	FUENTES
Bagre magro sin cabeza crudo	170	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	31	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	4	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	33	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	231	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta en porcion	152	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero, crudo	1195	unidades	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	23	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Papa variedad cerosa sin cascara cruda	29	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pechuga, carne con piel	174	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	8	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

Platano harton verde crudo	129	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	28	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo contramuslo	23	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo entero crudo con piel	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Res carne magra cruda	54	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	37	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	69	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Zanahoria cruda	15	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN ASOCIACION AIZA

BIENES Y SERVICIOS	CANTIDADES		TIEMPOS	COSTOS	FUENTES
Bagre magro sin cabeza crudo	210	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	40	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	5	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	37	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	206	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta en porcion	166	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero, crudo	1470	Unidades	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	27	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Papa variedad cruda	35	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pechuga, carne con piel	48	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	142	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	36	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo contramuslo	29	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo entero crudo con piel	23	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Res carne magra cruda	67	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	42	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	81	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

Zanahoria cruda	17	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN ASOCIACION AIZA

BIENES Y SERVICIOS	CANTIDADES		TIEMPOS	COSTOS	FUENTES
Bagre magro sin cabeza crudo	280	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	55	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	9	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	64	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	265	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta en porcion	186	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero, crudo	2020	Unidades	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	40	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Mojojoy	80	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Papa variedad cerosa sin cascara cruda	50	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pechuga, carne con piel	100	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	40	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	240	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	120	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo entero crudo con piel	80	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Res carne magra cruda	80	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	60	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	120	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Zanahoria cruda	25	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN ASOCIACION CITMA

BIENES Y SERVICIOS	CANTIDADES		TIEMPOS	COSTOS	FUENTES
Bagre magro sin cabeza crudo	120	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Carne de cerdo Magra (	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

Casabe de yuca asado con sal	85	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	30	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Chontaduro amazónico, crudo	11	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	6	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	35	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	254	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta en porcion	350	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero, crudo	300	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Ñame, con cáscara, crudo	23	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	52	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	8	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo entero crudo con piel	60	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Res carne magra cruda	80	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	16	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Umari fruta amazonica	7	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	100	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN ASOCIACION CITYA

Bagre magro sin cabeza crudo	360	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	69	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	68	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	527	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta en porcion	348	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero, crudo	2510	Unidades	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	52	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

Papa variedad cerosa sin cascara cruda	60	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pechuga, carne con piel	347	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	17	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	270	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	60	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo contramuslo	51	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo entero crudo con piel	42	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Res carne magra cruda	119	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	76	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	144	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Zanahoria cruda	33	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN ASOCIACION PANI

Bagre magro sin cabeza crudo	75	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Carne de cerdo Magra	8	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	12	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	2	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	16	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	90	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta en porcion	65	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero,	160	Unidades	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	8	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Papa variedad cerosa sin cascara cruda	7	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pechuga, carne con piel	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	5	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	44	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo entero crudo con piel	7	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

Res carne magra cruda	40	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	12	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	28	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Zanahoria cruda	3	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN I.E. SAN JOSE - LA PEDRERA- AIPEA

Bagre magro sin cabeza crudo	60	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	3,0	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	70	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta en porcion	60	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero, crudo	400	Unidades	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Papa variedad cerosa	5	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pechuga, carne con piel	25	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	3	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	43	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo contramuslo	8	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo entero crudo con piel	8	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Res carne magra cruda	15	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Zanahoria cruda	2	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

REPRESENTACIONES AMAZONAS S.A.S.

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN I.E. FRANCISCO DE ORELLANA - ACITAM

Ahuyama cruda	87	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	17	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	474	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta potcion	301	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Hierba luisa - Natural	24	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	42	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	31	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	820	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	147	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	200	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN I.E.MARIA AUXILIADORA - ACITAM

Ahuyama cruda	90	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	15	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	480	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta potcion	280	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Hierba luisa - Natural	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	38	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	30	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	830	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	150	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	220	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN I.E.JOSE CELESTINO Y FRANCISCO DE LORETOYACO - PTO NARIÑO

Cilantro	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña	125	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	1.050	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta porcion	850	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	70	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	1.150	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Yuca blanca	561	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

PLAN DE COMPRAS PARA UN MES DE 20 DIAS DE OPERACIÓN I.E. FRAY JAVIER DE BARCELONA

BIENES Y SERVICIOS	CANTIDADES		TIEMPOS	COSTOS	FUENTES
Bagre magro sin cabeza crudo	90	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cebolla cabezona, cruda	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Cilantro	3	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fariña de yuca	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta para jugo	200	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Fruta en porcion	150	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Huevo de gallina entero, crudo	1080	unidades	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Limon crudo	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Papa variedad cerosa	15	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pechuga, carne con piel	50	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pimenton rojo	6	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano harton verde crudo	80	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Platano maduro	18	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo contramuslo	15	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Pollo entero crudo con piel	15	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Res carne magra cruda	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Tomate crudo	20	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

Yuca blanca	40	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR
Zanahoria cruda.	10	kilo	20 DIAS		RECURSOS PROPIOS DEL OPERADOR

NOTA: Lo correspondiente a los costos y al proveedor será remitido a la entidad cuando se presente el respectivo formato de compra locales con el informe de cada mes.

Para el almacenamiento y conservación , cada sede educativa cuenta con una despensa y congeladores , el transporte de los aliementos se realiza en vehículos y botes que cumplen con las respectivas normas sanitarias vigentes. Esto sin desconocer los usos y costumbres de cada asociación.

Sandra Castaño

SANDRA MILENA CASTAÑO ALVAREZ
C.C 1.036.603.437
RL REPRESENTACIONES AMAZONAS SAS
NIT: 901.210.660-0