HOJA DE VIDA

IE COLEGIO INDÍGENA MARÍA AUXILIADORA Y SEDES

2026

MARIA AUXILIADORA

la Playa

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
ARIMUYA	CASTILLO	LELY IVONE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 41060585 — SEXO: F ( ) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) — PAÍS:

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 23 MES 01 AÑO 1984

PAÍS COLOMBIA

DEPTO AMAZONAS

MUNICIPIO LETICIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

COMUNIDAD LA PLAYA

PAÍS COLOMBIA DEPTO AMAZONAS

MUNICIPIO LETICIA

TELÉFONO 3106130300 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES [ ] AÑO [ ]
								X			

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
TEMPOASEO LTDA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
AMAZONAS	LETICIA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
662-5557	DÍA 06 MES 12 AÑO 2023	DÍA 26 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUX. SERVICIOS GENERALES	GOBERNACION AMAZONAS.	CALLE. 10. N. 10-77

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOGARES PASO LA MALOKA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
AMAZONAS	LETICIA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
091-3344660	DÍA 29 MES 07 AÑO 2019	DÍA 31 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MANIPULADORA COCINA	ALCALDIA LETICIA	BARRIO 11 DE NOV.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION ACTUEMOS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
AMAZONAS	LETICIA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 02 MES 11 AÑO 2024	DÍA 30 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MANIPULADORA COCINA		

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	3	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Leticia Amazonas 26-01-26

Lelyivone A.C.

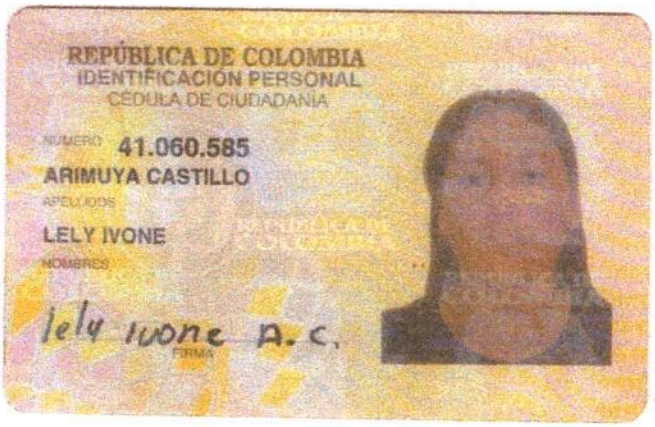
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 41.060.585
ARIMUYA CASTILLO
APELLIDOS
LELY IVONE
NOMBRES
lely ivone A. C.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1984
LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-FEB-2002 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6000100-00967595-F-0041060585-20180105 0059093021A 1 48885640

REPUBLICA DE COLOMBIA
MUNICIPIO DE LETICIA
DEPARTAMENTO DE AMAZONAS
RESGUARDO INDÍGENA DE LA PLAYA
ESCUELA SANTO DOMINGO SABIO

La suscrita profesora encargada del centro educativo SANTO DOMINGO SAVIO de la Comunidad de La Playa.

C E R T I F I C A

Que la señora LELY IVONE ARIMUYA CASTILLO, identificada con la CC No. 41.060.585, laboró en esta sede educativa durante el tiempo comprendido del 26 de enero al 15 de noviembre de 2025, desempeñando el cargo de MANIPULADORA DE ALIMENTOS, demostrando responsabilidad, honestidad y excelente desempeño de sus funciones.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada, en la comunidad de La Playa a los 09 dias del mes de enero de 2026.

Atentamente,

Mariela Pinto G.

MARIELA PINTO GARCIA
CC. 41.055.634 de Leticia.
Profesora encargada
Cel.: 310 572 6718

TEMPOASEO

Nit: 800.25.513-8

Leticia, 04 de enero de 2024

A quien pueda interesar

Reciba un cordial y respetuoso saludo. A través de estas líneas deseo hacer de su conocimiento que la señora LELY IVONE ARIMUYA CASTILLO, identificada con cedula de ciudadana N° **41.060.585**, laboró bajo mi supervisión en la empresa Tempo aseo Ltda. donde demuestra ser una persona con buena conducta, honesta, puntual, responsable, comprometida y siempre manifiesta preocupación por mejorar.

Sin otro asunto a que hacer referencia me despido atentamente,

SONIA CURICO PINEDO
Cel: 317-3798364
Supervisora

La Milagrosa

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.179.977
TAMAYO NUÑEZ
APELLIDOS
MARIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1973
LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-NOV-1992 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0000100-00132521-F-0040179977-20061201 0907270411A 1 8140001694

30 y 31 del mes Enero . 30 DE Enero 2026.

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
Nuñez	Tamayo	Maria

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 23 MES 03 AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO Amazonas

MUNICIPIO Leticia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

La Milagrosa

PAÍS Colombia DEPTO Amazonas

MUNICIPIO Leticia

TELÉFONO 3208763773 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES [ ] AÑO [ ]
		X									

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

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	4	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

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*

Clínica Leticia
FUNDACION

Milagroso

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

10130256

Paciente	: MARIA TAMAYO NUÑEZ	**Orden No**	: 10130256
Documento	: 40179977	**Fecha Ingreso**	: 2026-02-06 08:44:55
Edad/Sexo	: 52 Años / Femenino	**Primera Impresión**	: 2026-02-06 11:27:04.
Entidad	: PARTICULARES	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 0

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: 06/02/2026 11:10:25

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

Fundacion Clinica Leticia
Nit. 900142282-4

Milagrosa

10130256

FACTURA DE VENTA No. 1074909

PACIENTE	**Sra.MARIA TAMAYO NUÑEZ**	**CC**	40179977	**FECHA ATENCION**	06/02/2026 - 08:44 am
DIRECCION	LA MILAGROSA	**SEXO**	F	**FECHA ENTREGA 1**	06/02/2026 - 03:00 pm
EMPRESA	(PAR PARTICULARES	**EDAD**	52 Años	**FECHA ENTREGA 2**	06/02/2026 - 03:00 pm
NIT.	838000166-4	**TELEFONO**	0	**RECLAMA EN**	SEDE PRINCIPAL
MEDICO	MEDICOS VARIOS			**DIR. SEDE RECLAMA**	Av. Internacional

CODIGO	CUPS	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD	VALOR
GRAM	19497	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	1	9,000
KOH	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	1	9,000

CANTIDAD EXAMENES 2 **ATENDIDO POR** NARDA YAMILE MARAPARA CAISARA
CONCEPTO EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO
LA SUMA DE:

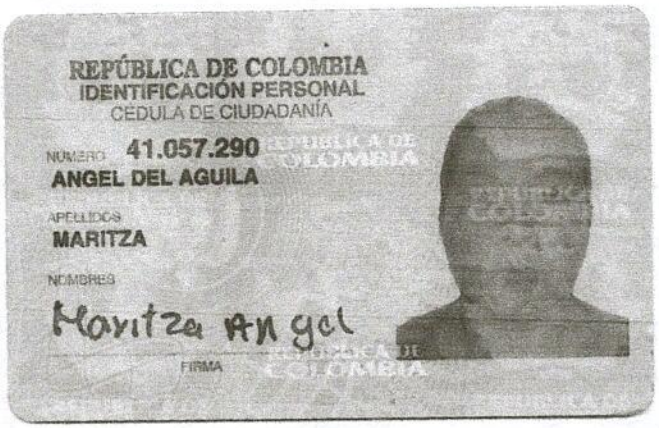
SUBTOTAL	$	18,000
DESCUENTO	$	0
ABONO	$	18,000
TOTAL	$	0

Observaciones: RECLAMR HOY 11+30AM/GRAM FARINGE +KOH UÑAS

ORIGINAL PARA EL PACIENTE

Ingresa a nuestra pagina Web http://138.84.50.34:8080/resultados/#nbb para descargar resultados

Simon Bolivar
Com. Ronda

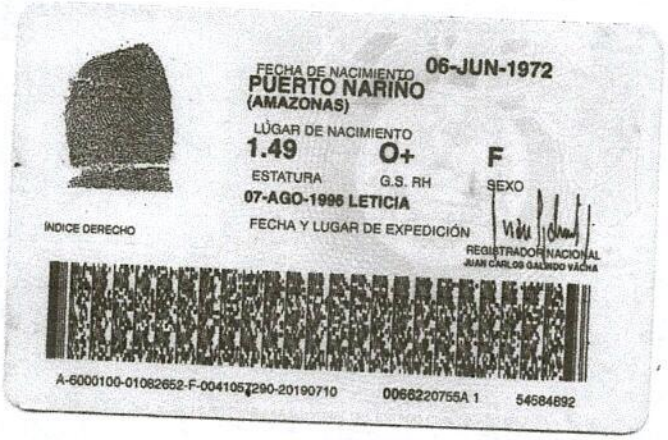

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 41.057.290
ANGEL DEL AGUILA

APELLIDOS
MARITZA

NOMBRES
Maritza Angel

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1972
PUERTO NARIÑO
(AMAZONAS)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.49 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-AGO-1996 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-6000100-01062652-F-0041057290-20190710 0066220755A 1 54584892

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONAL

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia	D 19 M 01 A 2026	Manipuladora de Alimento	

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
Angel	del Aguila	Maritza

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Ama de Casa		$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Puerto Nariño	D 06 M 06 A 1972	Union Libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Comunidad de Ronda		3122430711

Cédula de ciudadanía: N° 41057290
Expedida en: Leticia

(**) 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 [X] No [ ]			

¿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	San Francisco de Loretoyaco	Puerto Nariño	5to	
Bachillerato		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 usted ha 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)
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

REV: 02-2024/IMP.03-2024

...bajo cualquier medio conocido o por conocer, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley autoral.

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
1	hija	8

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio
Marcelino Angel	Agricultor
Brimaneza del Aguila	Agricutora

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Monica Ester Peña	Tec. Contable	C. Ronda	3209477551
2.-	Alver López A.	Tec. Salud P.	B. Colombia	3226386427

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 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

Maritza Angel

C.C. 41.057 290

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

minerva



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Departamento de Amazonas

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL A TRAVÉS DEL PROYECTO SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL

Otorga la presente
CONSTANCIA A:

MARITZA ANGEL DEL AGUILA
C.C. NO. 41.057.290

Participó en la capacitación para ***MANIPULADORES DE ALIMENTOS***, realizada los días 02, 03 y 04 de julio del 2025, en el Municipio de Leticia– Amazonas; cumpliendo con la normatividad según la Resolución 2674 de julio 22 de 2.013 y la Resolución 604 de 1.993.

BBS

Brahyan Baracaldo Suarez
P.U Proyecto Seguridad Sanitaria y Ambiental

04 de julio de 2025
Fecha

VALIDO HASTA 04 DE JULIO DE 2025

El Portador deberá cumplir con las recomendaciones expuestas en el curso recibido y su incumplimiento será sancionado segun lo establecido por la Ley 9 de 1979 y la Resolución 2674 de 2.013 entre otros.

Clínica Leticia
FUNDACION

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

10128848

Paciente : MARITZA ANGEL DEL AGUILA
Documento : 41057290
Edad/Sexo : 53 Años / Femenino
Entidad : SALUD OCUPACIONAL- DOC FRANCISCO
Médico : MEDICOS VARIOS

Orden No : 10128848
Fecha Ingreso : 2026-01-23 08:10:14
Primera Impresión : 2026-01-23 15:10:27.
Servicio : CONSULTA EXTERNA
Telefono : 1

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 L. Cueva P.

KARINA LILIANA CUEVA PABON
BACTERIOLOGO
1121197844
Validación: 23/01/2026 12:13:57

ASRILAB

ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	23	01	2026

Nombres y apellidos :(320)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
MARITZA ANGEL DEL AGUILA	F	53	C.C.	C.E	41057290

CARGO: MANIPULADOR DE ALIMENTOS — FECHA DE NACIMIENTO: 06/ 06/ 1972

MOTIVO DE EVALUACION					
PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD					
INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)					
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS					
EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	X
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	X
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ::::::::::::::::

Madre Laura
San José.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.472.797

PACAYA CAHUACHI

APELLIDOS

ANDREA PAULINA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1993

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-AGO-2013 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-6000100-01358169-F-1007472797-20230530 0113348721A 1 8508304348

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Andrea Paulina	Pacaya cahuachi
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Comunidad San Jose del río	Leticia
Teléfono	**No. Celular**
Correo electrónico	**Nacionalidad**
	Colombiana

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm.
Clic aquí para cargar

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Varios	Unión Libre	3 años

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional

Cédula de ciudadanía: [X] Nº 1007472797
Extranjería: [ ] Expedida en:

(**) Libreta militar Nº _____ Primera clase: [ ]
Distrito Nº _____ Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional Nº

¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]

Licencia de conducción Nº Categoría

II. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]

¿En qué empresa? Empleado [ ] Independiente [ ] Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? Si [X] No [ ]

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [ ] Fecha (D / M / A)

¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si [ ] No [X] Nombre Dependencia

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

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [X] Amigo [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?

¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida? Com. San Jose del río

¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? Ninguna

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]

Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [X] ¿Alquilada? [ ] Nombre del arrendador Teléfono ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [X] No [ ] Descríbalo e indique su valor mensual: Agricultura

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 400.000

¿Por qué conceptos? Servicios públicos, Alimentación, Transporte

¿Cuánto es su aspiración salarial? $ Sueldo Minimo legal

¿Cuál(es) es(son) su(s) principal(es) afición(es)? Pesca - cultivo

¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ] ¿Cuál(es)? Futsal, Fútbol

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Si [X] No [ ] ¿Cuál(es)?

¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

OBJETIVO Mencione brevemente que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

Brindar mi conocimiento, formarme cada vez más y de esta manera prestar un mejor servicio.

© LIBRE Prohibida toda reproducción, publicación, modificación, traducción, venta o cesión de este formato

III. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Juan Dalrey sanchez	Agricultor	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
4	Hijos	2 - 6 - 9 y 12

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Alex Pacaya	Artesano	
Diana cahuachi	Varios	

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Leidiana Pacaya	Ama de casa	
Ricardo pacaya	Comerciante	

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato — Clásico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]		1		Maria Auxiliadora	leticia
Educación Superior — Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Postgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Si [ ] No [X]			

Nombre de la institución	Horario			
	Diurno [ ]	Nocturno [ ]	Fin de semana [ ]	A distancia [ ]

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R** - Regular, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

Sistemas Si [ ] No [X] ¿Programa(s) que maneja?	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas		Lectura			Escritura			Hablado		
Si [ ] No [X] ¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUE CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUE AREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONOMICAS (*)

AGRICULTURA	[X]	Metalurgia	[ ]	FINANCIERO	[ ]
GANADERIA / AVICULTURA	[ ]	Maquinaria	[ ]	INMOBILIARIO	[ ]
MINERIA	[ ]	Automotores	[ ]	INFORMATICO	[ ]
HIDROCARBUROS	[ ]	Muebles	[ ]	SALUD	[ ]
INDUSTRIA	[ ]	Reciclaje	[ ]	EDUCACION	[ ]
Alimentos y Bebidas	[ ]	OTROS (¿Cuáles?)	[ ]	SEGUROS	[ ]
Tabaco	[ ]	_____	[ ]	TURISMO / RECREACION	[ ]
Textiles y Confecciones	[ ]	_____	[ ]	OTROS SERVICIOS	[ ]
Cuero y Calzado	[ ]	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA	[ ]	Asesorías Profesionales	[ ]
Papel y Cartón	[ ]	CONSTRUCCION	[ ]	Servicios Temporales	[ ]
Editorial y Artes Gráficas	[ ]	COMERCIO	[ ]	Seguridad Vigilancia	[ ]
Químico y Farmacéutico	[ ]	HOTELES Y RESTAURANTES	[ ]	OTROS SECTORES	[ ]
Caucho y Plástico	[ ]	TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO	[ ]	_____	[ ]
Vidrio, Cerámica y Cemento	[ ]	COMUNICACIONES	[ ]		

AREA DE LA EMPRESA

Administración	[ ]	Personal	[ ]
Auditoría	[ ]	Sistemas	[ ]
Bodega	[ ]	Tesorería	[ ]
Compras	[ ]	OTRAS (¿Cuáles?)	[ ]
Contabilidad	[ ]	_____	
Costos	[ ]	_____	
Crédito y Cobranzas	[ ]	_____	
Diseño	[ ]	_____	
Finanzas	[ ]	_____	
Gerencia General	[ ]	_____	
Impuestos	[ ]	_____	
Mercadeo	[ ]	_____	
Producción	[ ]	_____	
Publicidad	[ ]		

(*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL.

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

Cargo	Nombre de su jefe inmediato	Fecha de ingreso D M A	Fecha de retiro D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	$	$	

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuanto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ ½ Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso D M A	Fecha de retiro D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	$	$	

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuanto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ ½ Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso D M A	Fecha de retiro D M A

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
	$	$	

Funciones realizadas

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuanto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ ½ Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Entidad promotora de salud (EPS)? Si ☐ No ☐	¿Fondo de pensiones? Si ☐ No ☐	¿Fondo de cesantías? Si ☐ No ☐
¿Cuál?	¿Cuál?	¿Cuál?
Fecha de afiliación Cotizante ☐ Beneficiario ☐	Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.-	Nombre: Leonardo David Paima	Ocupación: Autoridad Indigena	Dirección: San Jose del rio	Teléfono: 3138571400
2.-	Nombre: Chelsy E. Curieq	Ocupación: Ama de casa	Dirección: San Jose del rio	Teléfono: 3123934674
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
3.-	Nombre: Angie C. Pacaya	Ocupación: Agricultora	Dirección: San Jose del rio	Teléfono: 3114704136

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

1.-

2.-

3.-

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] Marque con una X

¡Importante!

Este es un formato de distribución GRATUITA, puede buscarlo en la Web, puede imprimir ó enviar este formato por correo electrónico sin restricciones.

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, cerifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en el presente formato son veraces.

Firma del solicitante

Andrea P

C.C.

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

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
			Asistió a Entrevista		
	Día	Hora	Si	No	Hora de Llegada
1.-					
2.-					

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien

Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos
	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	
Puntualidad							Desempeño en cargos anteriores							
Presentación							Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores							
Aspectos de vigor y salud							Se ajusta al perfil							
Facilidad de expresión														

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador

Segundo entrevistador

Candidato seleccionado definitivamante 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

Pio Vendrel Yaguas

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
Sangama	Vasquez	Rosa Isela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1007628353 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 04 MES 03 AÑO 2001

PAÍS Colombia

DEPTO Amazonas

MUNICIPIO Colombia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Comunidad Haloca - Yaguas.

PAÍS Colombia DEPTO Amazonas

MUNICIPIO Leticia

TELÉFONO _____ EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o. X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2010

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
Yagua		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOM- PATIBILIDAD 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).

Rosa Isela Sangama

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.007.628.353



Apellidos
SANGAMA VASQUEZ

Nombres
ROSA ISELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.46

Sexo
F

Fecha de nacimiento
04 MAR 2001

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LETICIA (AMAZONAS)

Fecha y lugar de expedición
26 MAR 2019, LETICIA

Fecha de expiración
05 NOV 2035

Firma

Rosa

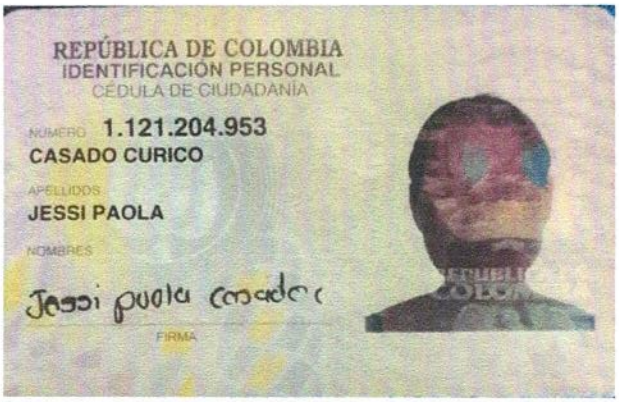
.CO

083645873

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL083645873660001<<<<<<<<<<<
0103048F3511059COL1007628353<2
SANGAMA<VASQUEZ<<ROSA<ISELA<<<

Mowacha
Loma Linda





No tiene
Manipulacion Alim.

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo

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
Casado	Curico	Jessi Paola

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

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento D M A	(*) Estado civil
Leticia	D 2 M 12 A 1989	unión libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Comunidad Loma Linda		3125478185

Cédula de ciudadanía: Nº 1121204953
Expedida en: Leticia

(**) 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
	Si [X] No [ ]			

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria				
Bachillerato	Institución Educativa María Auxiliadora		Septimo	26/10/2006
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 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)
Tucuchira	Comunidad Santa Sofia	3167375015

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
James Carihuazari	manipuladora Alimentos

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
18 junio 2023	19/12/2025	$ 1'500.000	$ 1'500.000

Motivo del retiro
Suspención de Personal por temporada baja.

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)*

Prohibida toda reproducción total o parcial, sin la expresa autorización escrita de Legis, bajo cualquier medio conocido o por conocer, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley autoral.

7 702124 007790

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		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	
Edgar Coello	Guia Turismo	Tucuchira	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
Guia turistico	Comunidad Santa Sofia	3227219589	
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	**Parentesco**	**Edades**	
6	hijos	16, 14, 12, 9 y 7	
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**		
Matilde Cuñco	Agricultora		

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Martina Casado	asiadora	Barrio humarisal	3108843675
2.-	camila Andreu Casado	cajera	Barrio Porvenir	3204901707

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 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

Jesús Paola Casado C.
C.C. 1121204953

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

OC 31431

Paciente	: JESSI PAOLA CASADO CURICO	**Orden No**	: 10127978
Documento	: 1121204953	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-15 08:14:46
Edad/Sexo	: 36 Años / Femenino	**Primera Impresión**	: 2026-01-15 16:08:55.
Entidad	: SALUD OCUPACIONAL- DOC FRANCISCO	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 1

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**ESCASA**		
LEUCOCITOS:	**1-2 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**DIPLOCOCOS GRAM POSITIVOS +** **BACILOS GRAM POSITIVOS +**		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	**UÑAS**		
Resultado:	**NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS**		

KARINA LILIANA CUEVA PABON
BACTERIOLOGO
1121197844
Validación: 15/01/2026 15:34:49

ASRILAB
ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	15	01	2026

Nombres y apellidos :(104)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
JESSI PAOLA CASADO CURICO	F	36	C.C.	C.E	1121204953

CARGO: MANIPULADORA DE ALIMENTOS — FECHA DE NACIMIENTO: 02/ 012 1989

MOTIVO DE EVALUACION

PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	X
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	X
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ::::::::::::::::

NUEVA EPS S.A
Certifica.

0121 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotizacion:

Datos del COTIZANTE

CC 1121204953 JESSI PAOLA CASADO CURICO

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A	4	**Estado**	ACTIVO.
Fecha Afiliación	01/01/2016	**Causal**	ACTIVO EN REGIMEN SUBSIDIADO EN LA
Fecha Ultimo Periodo Cotizado			
Fecha Cancelación	00/00/0000		

La presente certificación se expide el día 16 de Enero de 2026 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

LINA MARIA PEREZ VASQUEZ
ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE

Ariana
El Progreso

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.121.447.685



Apellidos
HOLANDA PALACIOS

Nombres
ANLUEINY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.49

Sexo
F

Fecha de nacimiento
10 DIC 2007

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LETICIA (AMAZONAS)

Fecha y lugar de expedición
11 DIC 2025, LETICIA

Fecha de expiración
11 DIC 2035

Firma
Anlueiny Holanda

.CO

086407995

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL086407995060001<<<<<<<<<<
0712109F3512115COL1121447685<0
HOLANDA<PALACIOS<<ANLUEINY<<<<

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONAL

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia	D 23 M 01 A 2026		

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
Holanda	Palacios	Anlueiny

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

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento D M A	(*) Estado civil

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°	
Expedida en:	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: María Auxiliadora.	Ciudad: Nasare	Último grado cursado: 5°	Fecha: 2021
Bachillerato	Establecimiento: María Auxiliadora.	Ciudad: Nasare.	Último grado cursado: 8°	Fecha: 2024.
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 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)

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, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley autoral.

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): Bairon Alejandro. P.	Profesión, ocupación u oficio: oficios Varios.	Empresa donde trabaja: -	
Cargo actual	Dirección: Comunidad del progreso.	Teléfono: 3112833581	Ciudad: Com. progreso
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante: 2.	Parentesco: Hijo y Mamá	Edades: 1 Año y 65 Años.	
Nombre(s) padre(s): Altair Holanda. S.	Profesión, ocupación u oficio: Guia Turistico		
Angelica Palacio.	Agricultura.		

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Reinaldo Martinez B	Mecanico	Clle 13 : 11 : 67	3132973337.
2.-	Milena Holanda P.	Manipuladora A.	clle 13 # 11 : 67.	3125596307

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa? Anuncio [ ] Amigo [X] Agencia [ ] Otro [ ]	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si [ ] No [ ]		
Nombre de la persona que lo recomienda: Dalvis Ramos calletano.	División o departamento: Amazonas progreso		
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

Anluxin y Holanda Palacios
C.C. 1121447685

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

OC 30283

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

10128683

Paciente	: ANLUEINY HOLANDA PALACIOS	**Orden No**	: 10128683
Documento	: 1121447685	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-22 08:02:35
Edad/Sexo	: 18 Años / Femenino	**Primera Impresión**	: 2026-01-22 11:33:40.
Entidad	: PARTICULARES	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 1

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**ESCASA**		
LEUCOCITOS:	**1-2 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS +++**		
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: 22/01/2026 11:33:32

ASRILAB
ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	22	01	2026

Nombres y apellidos :(118)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
ANLUEINY HOLANDA PALACIOS	F	18	C.C.	C.E	1121447685

CARGO: MANIPULADOR DE ALIMENTOS — FECHA DE NACIMIENTO: 10/ 12/ 2007

MOTIVO DE EVALUACION

PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

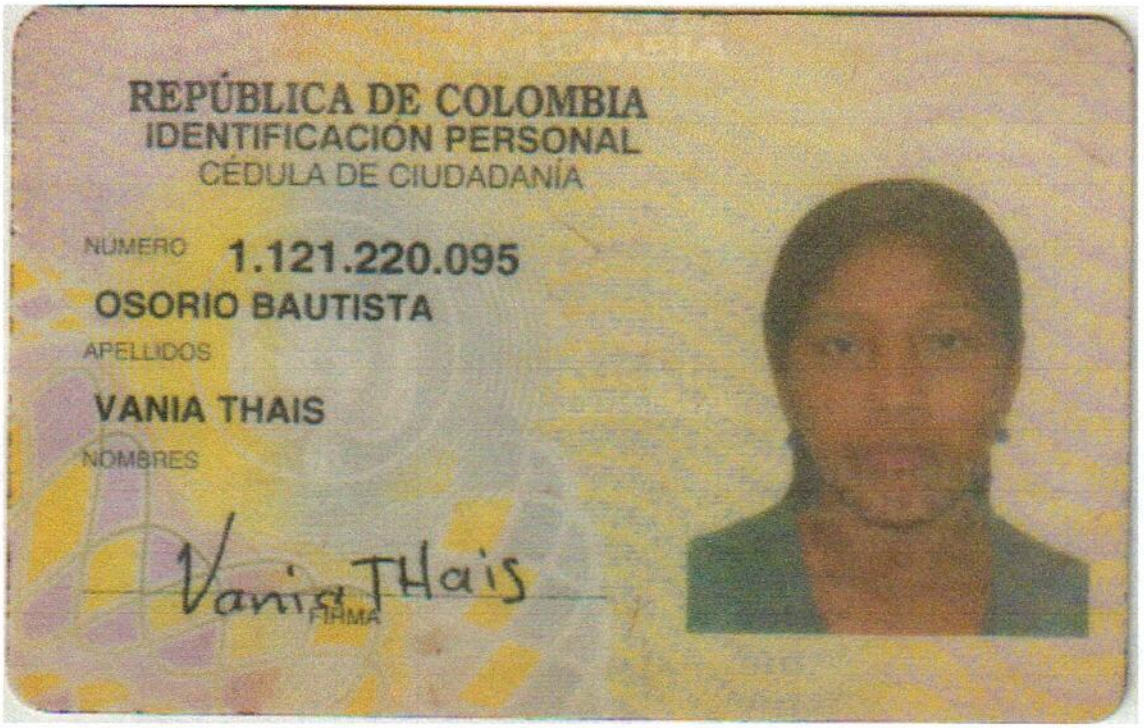
TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS
EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	X
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	X
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ::::::::::::::::



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.121.220.095

OSORIO BAUTISTA
APELLIDOS

VANIA THAIS
NOMBRES

Vania THais
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1998

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

05-JUL-2016 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-6000100-00843298-F-1121220095-20160812 0050647150A 1 41487215

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
Osorio	Bautista	Vania Thais

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1121220095 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 10 MES 05 AÑO 1998

PAÍS Colombia

DEPTO Amazonas

MUNICIPIO Leticia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Comunidad Nazareth

PAÍS Colombia DEPTO Amazonas

MUNICIPIO Leticia

TELÉFONO 3219567729 EMAIL Jovavatha@gmail.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 04 AÑO 2023
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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
TIKUNA			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

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
Gobernacion de Amazonas		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Amazonas	Leticia	Jovavatha@gmail.Com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 20 MES 01 AÑO 2020	DÍA 30 MES 12 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Contrato		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Proyectar de la costa		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Amazonas	Leticia	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 10 MES 02 AÑO 2023	DÍA 15 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Manipulación Higienica Alimento	Nazareth	Nazareth

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	1	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

VANIA THAIS

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

Clínica Leticia
FUNDACION

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

10128413

Paciente	: VANIA THAIS OSORIO BAUTISTA	**Orden No**	: 10128413
Documento	: 1121220095	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-20 08:44:15
Edad/Sexo	: 27 Años / Femenino	**Primera Impresión**	: 2026-01-20 11:41:41.
Entidad	: SALUD OCUPACIONAL- DOC FRANCISCO	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 1

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**ESCASA**		
LEUCOCITOS:	**1-2 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**COCOS GRAM POSITIVOS +**		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	**UÑAS**		
Resultado:	**NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS**		

Karina Cueva P.

KARINA LILIANA CUEVA PABON
BACTERIOLOGO
1121197844
Validación: 20/01/2026 11:39:59

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

ASRILAB
ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	20	01	2026

Nombres y apellidos :(110)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
VANIA THAIS OSORIO BAUTISTA	F	27	C.C.	C.E	1121220095

CARGO: MANIPULADORA DE ALIMENTOS — FECHA DE NACIMIENTO: 10/ 05/ 1998

MOTIVO DE EVALUACION

PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS
EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	X
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	X
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ::::::::::::::::

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

VANIA THAIS OSORIO BAUTISTA

Con Cédula de Ciudadanía No. 1121220095

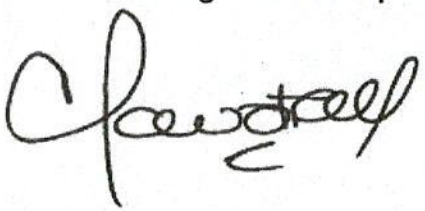
Cursó y aprobó la acción de Formación

MANIPULACION HIGIENICA DE ALIMENTOS.

con una duración de 12 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Leticia. a los diecisiete (17) dias del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por



CLAUDIA YAZMIN CAÑAS BELTRAN
Subdirectora (E)
CENTRO PARA LA BIODIVERSIDAD Y EL TURISMO DEL AMAZONAS
REGIONAL AMAZONAS

102868912 - 17/12/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9517003133190CC1121220095C.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.121.218.262
MARTIN RAMOS
APELLIDOS
NELCY
NOMBRES
Nelcy Martin
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1995
LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
28-JUL-2015 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
ÍNDICE DERECHO

P-6000100-01052749-F-1121218262-20181221 0063892066G 2 9906559488

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
Martin	Ramos	Nelcy

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1121218262 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 25 MES 02 AÑO 1995

PAÍS Colombia

DEPTO Amazonas

MUNICIPIO Leticia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Nazareth

PAÍS Colombia DEPTO Amazonas

MUNICIPIO Leticia

TELÉFONO 3222311543 EMAIL .

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 10 AÑO 2023
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Castellano			X			X			X
Lengua Materna			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	120
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		120

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Leticia 16 enero 2026

Nelci M.R

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

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

Paciente	: NELCY MARTIN RAMOS	**Orden No**	: 10128415
Documento	: 1121218262	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-20 08:50:37
Edad/Sexo	: 30 Años / Femenino	**Primera Impresión**	: 2026-01-20 11:41:47.
Entidad	: SALUD OCUPACIONAL- DOC FRANCISCO	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 0

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**ESCASA**		
LEUCOCITOS:	**1-2 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**BACILOS GRAM POSITIVOS +** **DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS +**		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	**UÑAS**		
Resultado:	**NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS**		

Karina Cueva P.

KARINA LILIANA CUEVA PABON
BACTERIOLOGO
1121197844
Validación: 20/01/2026 11:40:18

ASRILAB
ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	20	01	2026

Nombres y apellidos :(111)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
NELCY MARTIN RAMOS	F	30	C.C.	C.E	1121218262

CARGO: MANIPULADORA DE ALIMENTOS — FECHA DE NACIMIENTO: 10/ 05/ 1998

MOTIVO DE EVALUACION

PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS
EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	X
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	X
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ::::::::::::::::

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NELCY MARTIN RAMOS

Con Cédula de Ciudadanía No. 1121218262

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANIPULACION HIGIENICA DE ALIMENTOS.

con una duración de 12 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Leticia. a los diecisiete (17) dias del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

CLAUDIA YAZMIN CAÑAS BELTRAN
Subdirectora (E)
CENTRO PARA LA BIODIVERSIDAD Y EL TURISMO DEL AMAZONAS
REGIONAL AMAZONAS

102925409 - 17/12/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9517003133191CC1121218262C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **41.060.750**

SINARAGUA RAYA

APELLIDOS

NEIRA LUZ

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAR-1984**

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-MAY-2002 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-6000100-01492378-F-0041060750-20250206 **0143**812654A 1 8514279739

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 (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Sinaroya Raya	Neira Luz
Fecha de nacimiento (D / M / A)	**Lugar de nacimiento**
03 / 03 / 1984	Leticia
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
C. Canaan	
Teléfono	**N°. Celular**
3142458957	
Correo electrónico	**Nacionalidad**
	colombiana

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
cocina	casada	1 año

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 41060750	(**) Libreta militar No.		Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ] Expedida en:		Distrito No.	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [ ]	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 [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] 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 [X] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [X] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [ ]	Descríbalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [X] No [ ]	¿Cuál(es)? Micro Futbol	

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

19706010

7 702124 007813

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

REV: 02-2024/IMP.11-2024

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

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

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
agricultor	canaar		

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
8		

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
NANCY	Agricultora	

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
FRAN	Pesca	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico [X] Técnico [X] Comercial [ ] Otro [ ]	2019			SENA	LETICIA
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente? Sí [ ] No [ ]	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución

Horario Diurno [ ] Nocturno [ ] Fin de semana [ ] A distancia [ ]

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí [ ] No [ ]
¿Qué programas maneja?

1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas Sí [ ] No [ ]
¿Qué idioma(s) conoce?

	Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

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

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?

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

Motivo del retiro

VALIDE LA AUTENTICIDAD DEL FORMATO DESPRENDIENDO ESTAS HOJAS

VALIDE LA AUTENTICIDAD DEL FORMATO DESPRENDIENDO ESTAS HOJAS

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.				
2.				

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				

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

VALIDE LA AUTENTICIDAD DEL FORMATO DESPRENDIENDO ESTAS HOJAS

minerva

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

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NEIRA LUZ SINARAGUA RAYA

Con Cédula de Ciudadanía No. 41060750

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANIPULACION HIGIENICA DE ALIMENTOS.

con una duración de 12 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Leticia. a los diecisiete (17) dias del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

CLAUDIA YAZMIN CAÑAS BELTRAN
Subdirectora (E)
CENTRO PARA LA BIODIVERSIDAD Y EL TURISMO DEL AMAZONAS
REGIONAL AMAZONAS

102868897 - 17/12/2024
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9517003133190CC41060750C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.007.344.424**

BELTRAN AUGUSTO

APELLIDOS

REIDER

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-AGO-1998**

LETICIA
(AMAZONAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

16-AGO-2016 LETICIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6000100-00850204-M-1007344424-20160919 0051322405A 1 41456944

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia	D 23 M 1 A 2016	Manipulador de Alimento	

(**) 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
Beltrán	Augusto	Reider

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

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Arara	D 12 M 8 A 1998	Unión Libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Arara		3242720074

Cédula de ciudadanía: N° 1007344424
Expedida en: 16 - AGO - 2016 - Leticia

(**) Libreta militar N° 147958
Distrito N° 007 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 X No		3242720074	

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Bachillerato	Establecimiento: María Auxiliadora - Nazareth	Ciudad: Leticia	Último grado cursado: 10	Fecha: 5/12/2015
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 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)
GA Puentes	Arara	

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

Funciones realizadas: Oficios varios

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, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley autoral.

7 702124 007790

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		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	X	INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Daniela Mandoca Pedro	Agricultora	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
	Ardra		Leticia

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
3		

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio
Faumira Augusto Beltran	Agricultura

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		¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	Si		No	
	Agencia		Otro	X					

Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento
Romualdo Angarita Santos	
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. 1007344424

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

OP 57287

Clínica Leticia
FUNDACION

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

10128407

Paciente	: REIDER BELTRAN AUGUSTO	**Orden No**	: 10128407
Documento	: 1007344424	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-20 08:11:07
Edad/Sexo	: 27 Años / Masculino	**Primera Impresión**	: 2026-01-20 15:04:27.
Entidad	: SALUD OCUPACIONAL- DOC FRANCISCO	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 1

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**ESCASA**		
LEUCOCITOS:	**1-2 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS ++**		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	**UÑAS**		
Resultado:	**NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS**		

Karina L Cueva P

KARINA LILIANA CUEVA PABON
BACTERIOLOGO
1121197844
Validación: 20/01/2026 13:09:51

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

ASBILAB
ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	20	01	2026

Nombres y apellidos :(112)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
REIDER BELTRAN AUGUSTO	M	27	C.C.	C.E	1007344424

CARGO: MANIPULADORA DE ALIMENTOS — FECHA DE NACIMIENTO: 12/ 08/ 1998

MOTIVO DE EVALUACION

PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	X
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	X
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ::::::::::::::::

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS
MUNICIPIO DE LETICIA
RESGUARDO INDIGENA – COMUNIDAD ARARA
Resolución 092 del 27 de julio de 1982.
NIT: - 838000038-1

SUSCRITO CURACA DEL RESGUARDO INDIGENA DE COMUNIDAD DE ARARA, ROMUALDO ANGARITA SANTOS IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1.121.196.240 DE LA CIUDAD DE LETICIA EL, EN USOS DE SUS FACULTADES LEGALES QUE LE CONFIERE EL NUMERAL 1° DEL ARTICULO 7° DE LA LEY 89 DE 1890 Y EL REGLAMENTO INTERNO DE LA COMUNIDAD.

AVAL

Que el señor: ***REIDER BELTRAN AUGUSTO*** Identificado con CC. Número 1007344424 de Leticia, es avalado mediante la asamblea en la comunidad de Arara , para que labore como MANIPULADOR DE ALIMENTOS del programa PAE en la Institución Educativo San Juan Bautista de la Salle del resguardo indígena de Arara.

Para mayor constancia se firma en la comunidad de Arara, municipio de Leticia , a los 19 dias del mes de enero del año 2026.

Atentamente:

ROMUALDO ANGARITA SANTOS
Curaca de la comunidad de Arara
CC: 1.121.196.240 de Leticia


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.121.220.946
BAUTISTA RAMOS
APELLIDOS
YANI ROSANA
NOMBRES
Yani Rosana Bautista R
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 30-JUL-1988
LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
02-DIC-2016 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-6000100-00873011-F-1121220946-20161222 0052762740A 1 41460475


FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-1984
LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.46
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-JUN-2007 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-8000100-00674820-F-1121203086-20150304 0043399457A 2 43011184

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo

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
Bautista	Ramos	Yani Rosana

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

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Leticia - Amazonas	D 30 M 07 A 1998	Union Libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Comunidad - Arara		3007982245

Cédula de ciudadanía: Nº 1.121220946
Expedida en: Leticia - Amazonas

(**) 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
	Si [X] No ☐			

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Bachillerato	Establecimiento: I. Educativo San Juan Bautista de la Salle	Ciudad: Leticia-Amaz.	Último grado cursado: Septimo	Fecha: 11-26-2014
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 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)
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, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley autoral.

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
Jeison Ferreira	Agricultor	comunidad - Arara.

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.-	Romualdo Angarita	coraca	comunidad Arara	3014666312
2.-	Vicente Mandoca	Agricultor	Comunidad Arara	3018718857

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

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

Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento
Romualdo Angarita.	

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).	Yan. Rosana B.R C.C. 1012122.0946

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

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

NUM.HISTORIA 1121220946 **FECHA:** 2026-01-20 09:10:33

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: YANI ROSANA BAUTISTA RAMOS	**ID:** CC 1121220946	**FECHA DE NACIMIENTO:** 1998-07-30
EDAD:27 Años 5 Meses21 Días	**GENERO:** FEMENINO	**ESTADO CIVIL:** UNIÓN LIBRE
TEL: 0000000000	**DIRECCIÓN:** COMUNIDAD ARARA	**LUGAR DE RESIDENCIA:** LETICIA (AMAZONAS)
ENTIDAD: PARTICULARES	**TIPO DE USUARIO:** PARTICULAR	**ARL:**
CARGO: COCINA		

TIPO DE EXAMEN

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

OSTEOMUSCULAR Y MANIPULACION DE ALIMENTOS

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
KOH, Coprologico, Frotis Faringeo

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** APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	**ESPACIOS CONFINADOS** --
CONDUCCIÓN --	**TRABAJOS ESPECIALES** --	

CONDUCTA

CONDUCTA DE MANEJO MEDICO:

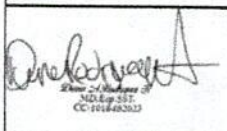
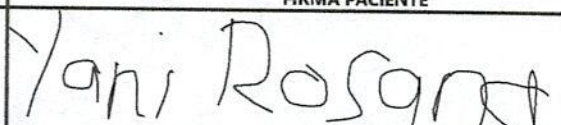
☐	CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐	REMISION A EPS
☐	SEGUIMIENTO POR LA ARL		

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 LAVADO DE MANOS ACTIVOS EN JORNADA LABORAL CADA 2 HORAS PURGANTE CADA 6 MESES NO ESMALTE DE UÑAS CABELLO RECOGIDO O CON GORRO PROTECTOR	**RESTRICCIONES**
FIRMA MEDICO	**FIRMA PACIENTE**
	
Profesional: DIANA ALEJANDRA RODRIGUEZ HERNANDEZ **CC:**1018482023 **Esp:** MEDICINA OCUPACIONAL **RM:** 1018482023	**Nombre:** YANI ROSANA BAUTISTA RAMOS **CC:**1121220946

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS
MUNICIPIO DE LETICIA
RESGUARDO INDIGENA – COMUNIDAD ARARA
Resolución 092 del 27 de julio de 1982.
NIT: - 838000038-1

SUSCRITO CURACA DEL RESGUARDO INDIGENA DE COMUNIDAD DE ARARA, ROMUALDO ANGARITA SANTOS IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1.121.196.240 DE LA CIUDAD DE LETICIA EL, EN USOS DE SUS FACULTADES LEGALES QUE LE CONFIERE EL NUMERAL 1° DEL ARTICULO 7° DE LA LEY 89 DE 1890 Y EL REGLAMENTO INTERNO DE LA COMUNIDAD.

AVAL

Que la señora: ***YANI ROSANA BAUTISTA RAMOS*** *Identificada* con CC. Número 1121220946 de Leticia, es avalado mediante la asamblea en la comunidad de Arara , para que labore como MANIPULADORA DE ALIMENTOS del programa PAE en la Institución Educativo San Juan Bautista de la Salle del resguardo indígena de Arara.

Para mayor constancia se firma en la comunidad de Arara, municipio de Leticia , a los 19 dias del mes de enero del año 2026.

Atentamente:

ROMUALDO ANGARITA SANTOS
Curaca de la comunidad de Arara
CC: 1.121.196.240 de Leticia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **41.059.981**

MARCIANO COELLO

APELLIDOS

ALMA VIOLETA

NOMBRES

Alma Violeta Marciano Coello

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-NOV-1982**

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

26-ENE-2001 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-6000100-00887486-F-0041059981-20170304 0054113865A 1 1724324225

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
Marciano	Coello	Alma violeta

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 41.059.981. | 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 06 MES 11 AÑO 1982

PAÍS: Colombia

DEPTO: Amazonas

MUNICIPIO: Leticia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Comunidad Arara.

PAÍS: Colombia DEPTO: Amazonas

MUNICIPIO: Leticia

TELÉFONO: 304 264 4020. EMAIL: _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	X	9o.	10	11	MES 11 AÑO 1998

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)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

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*

Clínica Leticia
FUNDACION

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

10128419

Paciente	: ALMA VIOLETA MARCIANO COELLO	**Orden No**	: 10128419
Documento	: 41059981	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-20 09:23:09
Edad/Sexo	: 43 Años / Femenino	**Primera Impresión**	: 2026-01-20 16:00:40.
Entidad	: SALUD OCUPACIONAL- DOC FRANCISCO	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 0

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
COPROLOGICO			
FISICO QUIMICO			
Color	**CAFE**		
Consistencia	**PASTOSO**		
Almidones	**++**		
Flora Bacteriana	**AUMENTADA CON PREDOMINIO DE FLORA COCOBACILAR**		
Moco	**NO SE OBSERVA**		
Sangre	**NO SE OBSERVA**		
Leucocitos	**2-4 XC**		
Levaduras	**++**		
PARASITOLOGIA			
Blastocystis hominis	**1-2 XC**		
Trofozoitos de amebas	**NO SE OBSERVAN**		
Trofozoitos de Giardias	**NO SE OBSERVAN**		

Karina L. Cueva P.

KARINA LILIANA CUEVA PABON
BACTERIOLOGO
1121197844
Validación: 20/01/2026 14:16:12

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

Clínica Leticia
FUNDACION

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

10128406

Paciente	: ALMA VIOLETA MARCIANO COELLO	**Orden No**	: 10128406
Documento	: 41059981	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-20 08:10:09
Edad/Sexo	: 43 Años / Femenino	**Primera Impresión**	: 2026-01-20 16:00:48.
Entidad	: SALUD OCUPACIONAL- DOC FRANCISCO	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 0

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**ESCASA**		
LEUCOCITOS:	**0-1 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS +**		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	**UÑAS**		
Resultado:	**NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS**		

Karina L. Cueva P.

KARINA LILIANA CUEVA PABON
BACTERIOLOGO
1121197844
Validación: 20/01/2026 13:09:42

ASRILAB
ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	20	01	2026

Nombres y apellidos :(113)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
ALMA VIOLETA MARCIANO COELLO	F	43	C.C.	C.E	41059981

CARGO: MANIPULADORA DE ALIMENTOS — FECHA DE NACIMIENTO: 06/ 11/ 1982

MOTIVO DE EVALUACION

PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	X
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	X
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ::::::::::::::::

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS
MUNICIPIO DE LETICIA
RESGUARDO INDIGENA – COMUNIDAD ARARA
Resolución 092 del 27 de julio de 1982.
NIT: - 838000038-1

SUSCRITO CURACA DEL RESGUARDO INDIGENA DE COMUNIDAD DE ARARA, ROMUALDO ANGARITA SANTOS IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1.121.196.240 DE LA CIUDAD DE LETICIA EL, EN USOS DE SUS FACULTADES LEGALES QUE LE CONFIERE EL NUMERAL 1º DEL ARTICULO 7º DE LA LEY 89 DE 1890 Y EL REGLAMENTO INTERNO DE LA COMUNIDAD.

AVAL

Que la señora: ***ALMA VIOLETA MARCIANO COELLO*** *Identificada* con CC. Número 41059981 de Leticia, es avalado mediante la asamblea en la comunidad de Arara , para que labore como MANIPULADORA DE ALIMENTOS del programa PAE en la Institución Educativo San Juan Bautista de la Salle del resguardo indígena de Arara.

Para mayor constancia se firma en la comunidad de Arara, municipio de Leticia , a los 19 dias del mes de enero del año 2026.

Atentamente:

ROMUALDO ANGARITA SANTOS
Curaca de la comunidad de Arara
CC: 1.121.196.240 de Leticia

Antonio Nariño
Santa Sofia

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia	D 26 M 01 A 2026.	Cocinera.	

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
Vento.	Lorenzo.	Angelica.

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Cocinera.	5 años.	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Leticia - Amazonas	D 03 M 03 A 1986	Union libre.

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Comunidad Nuevo Jardín		3114682081.

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°
1.121.146.800.	
Expedida en:	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 Amazonia sas.	Empleado ☒ Independiente ☐	Obra-labor.

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Santo Sofia - Antonio Nariño	Leticia.		
Bachillerato				

	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
Educación Superior				
	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 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)
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)*

Prohibida su reproducción en la ley autoral.

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: 5.	Parentesco: Hijos.	Edades: 16-15-11-9.	
Nombre(s) padre(s): Victor Vento.	Profesión, ocupación u oficio: Agricultura.		
Leonor Lorenzo.	Agricultura.		

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 ☐ 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 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 Angelica

C.C. X 1121196 800

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

OC 3028.3



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.196.800

VENTO LORENZO
APELLIDOS

ANGELICA
NOMBRES

Angelica Vento L.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1986
LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-MAY-2004 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

INDICE DERECHO

P-9000100-70132157-F-1121196800-20041117 05955 04322B 02 102981141



Fucai
Nuestro centro es la periferia

Pontificia Universidad JAVERIANA Cali

Certifican que

ANGELICA VENTO LORENZO
C.C. 1121196800

Asistió al Diplomado en

Amazonia, pueblos indígenas y cocina nativa

Celebrado en comunidades del rio Amazonas del municipio de Leticia, entre los días 4 de febrero y 5 de mayo de 2024, con una duración de ciento treinta y dos (132) horas.

Vicente Durán Casas S.J.
Rector
Pontificia Universidad Javeriana Cali

Sabina Cárdenas O'Byrne
Directora
Centro de Consultoría y Educación Continua

Ruth Consuelo Chaparro Gómez
Directora Ejecutiva
Fucai

VIGILADA MINEDUCACIÓN, Res. 12220 de 2016

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	07 feb. 2026 11:00:32 am			Fecha Nacimiento	03/03/1986	
Sede	**PRINCIPAL**					
Paciente	**BENTO LORENZO ANGELICA**		Sexo F	Edad 39A 11M 4D	**Nro. De Recepción**	**31429**
Identif.	CC 1121196800	Teléfono 3114682081		Fecha De Recepción	07 feb. 2026 10:03:10 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: LABORATORIO LABORATORIO
Fecha Reporte 07 feb. 2026 10:58 am
Fecha Validado 07 feb. 2026 10:58 am

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

Validado Por: LABORATORIO LABORATORIO
Fecha Reporte 07 feb. 2026 10:58 am
Fecha Validado 07 feb. 2026 10:58 am

Bacteriologa

LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA
GOMEZ VASQUEZ E.U.
NIT. 900243862-1

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

E.P.S INDIGENA MALLAMAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD RÉGIMEN SUBSIDIADO
CÓDIGO EPSI05 - NIT. 837000084-5

"La oportunidad sana para una comunidad con futuro"

ANGELICA VENTO LORENZO
Nombres y Apellido Completos

EXCENTO DE PAGO

Documento de Ident.: CC 1121196800
Sexo: F
Fecha de Nacimiento: 03/03/1986
Nivel Sisben: 0N
Fecha de Afiliación: 01/04/2010
Discapacidad: N
Vigencia: INDEFINIDO
Carnet No: **910012013255564**
Dirección Completa: NUEVO JARDIN COMUNIDAD NUEVO JARDIN
Ips Primaria: IPS INDIGENA TRAPECIO AMAZONICO

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"

Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI

Es indispensable la presentación de éste carné para acceder a los servicios contemplados en el PO-S
Válido únicamente en la Red Prestadora de Servicios autorizado por MALLAMAS EPS-I

VIGILADO Supersalud

GERENTE MALLAMAS EPS-I

LINEA SALUDABLE 018000 913701 / 7733376 IPIALES
www.mallamaseps.com.co E-mail:contactenos@mallamaseps.com.co
ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

HOJAS DE VIDA

IE FRANCISCO DE ORELLANA - MACEDONIA

Y SEDES

2026

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
CHÁVEZ	MORI	JESICA PILAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1121216388

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 28 MES 01 AÑO 1997

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: AMAZONAS

MUNICIPIO: LETICIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: COM. MACEDONIA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: AMAZONAS

MUNICIPIO: LETICIA

TELÉFONO: 3142089335 EMAIL: Morichavezjessica1997@g.c.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2014
						X					

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ti Kuna		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	24
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	24

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 05/01/26 Leticia Amazonas.

Jessica Chavez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.216.388
CHAVEZ MORI

APELLIDOS
JESICA PILAR

NOMBRES

Jessica Chavez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-ENE-1997
PUERTO ARICA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-ABR-2015 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6000100-00712006-F-1121216388-20150602 0044383964A 1 40983040

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

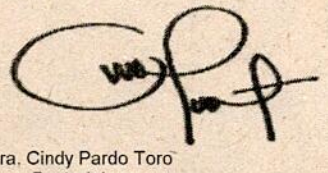
Impreso	05 ene. 2026 02:13:50 pm			Fecha Nacimiento	28/01/1997	
Sede	**PRINCIPAL**					
Paciente	**CHAVEZ MORI JESICA PILAR**		Sexo F	Edad 28A 11M 8D	**Nro. De Recepción**	**30898**
Identif.	CC 1121216388	Teléfono 3135764005		Fecha De Recepción	05 ene. 2026 06:46:30 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	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 05 ene. 2026 02:06 pm
Fecha Validado 05 ene. 2026 02:06 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 05 ene. 2026 02:13 pm
Fecha Validado 05 ene. 2026 02:13 pm



Dra. Cindy Pardo Toro
Bacteriologa
U. Catolica de Manizales

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

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
Tangariga	Paima	Diana Alexandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.007366145

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 03 MES 07 AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Amazonas

MUNICIPIO leticia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Comunidad Macedonia

PAÍS Colombia DEPTO Amazonas

MUNICIPIO leticia

TELÉFONO 3237462756 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o. (X)	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES ___ AÑO ____

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.007.366.145**

TANGARIGA PAIMA

APELLIDOS

DIANA ALEXANDRA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUL-1991**

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-FEB-2011 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-8000100-00286716-F-1007366145-20110327 0026393674A 2 34990838

IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA
GÓMEZ VÁSQUEZ E.U.

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

RESULTADOS

Software Baxlab v20250415

Impreso	05 ene. 2026 02:13:34 pm					
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento	03/07/1991	
Paciente	**TANGARIGA PAIMA DIANA ALEXANDRA**		Sexo F	Edad	34A 6M 2D	**Nro. De Recepción** **30901**
Identif.	CC 1007366145	Teléfono 3237462756		Fecha De Recepción	05 ene. 2026 07:33:08 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 05 ene. 2026 02:05 pm
Fecha Validado 05 ene. 2026 02:05 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 05 ene. 2026 02:13 pm
Fecha Validado 05 ene. 2026 02:13 pm

Dra. Cindy Pardo Toro
Bacteriologa
U. Catolica de Manizales

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

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
PEÑA	AHUE	CARLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1121202635	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 08 MES 12 AÑO 1986	COM. MACEDONIA
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA DEPTO AMAZONAS
DEPTO AMAZONAS	MUNICIPIO LETICIA
MUNICIPIO LETICIA	TELÉFONO 3142087481 EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o. X	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2012

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
TIKUNA		X			X		X		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	1	12
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Resguardo de Macedonia 18/12/25

Carlina Peña Ahué

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.121.202.635
NUMERO

PEÑA AHUE
APELLIDOS

CARLINA
NOMBRES

Carlina Peña A.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1985
PUERTO NARIÑO
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

11-ABR-2007 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-8000100-43161553-F-1121202635-20070715 0619307194N 02 181570406

IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA
GÓMEZ VÁSQUEZ E.U.

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

RESULTADOS

Software Baxlab v20250415

Impreso	19 dic. 2025 02:31:26 pm			Fecha Nacimiento	08/12/1985		
Sede	**PRINCIPAL**						
Paciente	**PEÑA AHUE CARLINA**			Sexo F	Edad 40A 0M 11D	**Nro. De Recepción**	**30749**
Identif.	CC 1121202635	Teléfono 3144825366			Fecha De Recepción	19 dic. 2025 08:23:27 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 19 dic. 2025 02:31 pm
Fecha Validado 19 dic. 2025 02:31 pm

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

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 19 dic. 2025 02:31 pm
Fecha Validado 19 dic. 2025 02:31 pm

Dra. Cindy Pardo Toro
Bacteriologa
U. Catolica de Manizales

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

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
LIBERATO	MURAYARI	AMALIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C ⊗ C.E ○ PAS ○ No. 41 060 731	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 19 MES 12 AÑO 1982	MACEDONIA
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA DEPTO AMAZONAS
DEPTO AMAZONAS	MUNICIPIO LETICIA
MUNICIPIO LETICIA	TELÉFONO 3135913486 EMAIL amalialiberatomura

2 FORMACION ACADEMICA

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. X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 10 AÑO 1995

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
Tikuna			X	X			X		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	12
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Resguardo de Macedonia 18/12/25

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 41.060.731

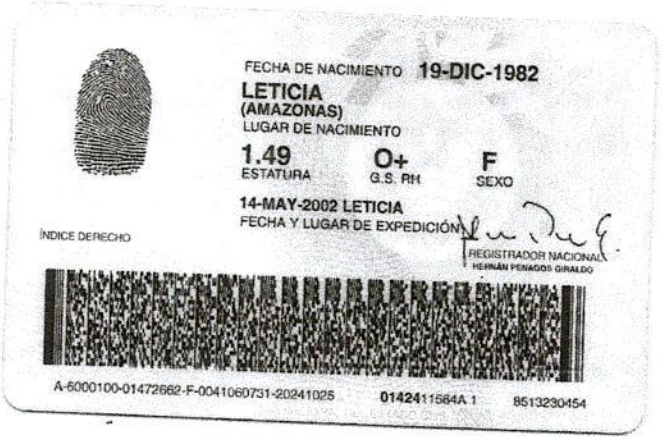
LIBERATO MURAY

APELLIDOS
AMALIA

NOMBRES

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1982

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

14-MAY-2002 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-6000100-01472662-F-0041060731-20241025 0142411564A 1 8513230454

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	19 dic. 2025 02:30:53 pm			Fecha Nacimiento	19/12/1982	
Sede	**PRINCIPAL**					
Paciente	**LIBERATO MURAYARI AMALIA**		Sexo F	Edad 43A 0M 0D	**Nro. De Recepción**	**30748**
Identif.	CC 41060731	Teléfono 3135913486		Fecha De Recepción	19 dic. 2025 08:22:29 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 19 dic. 2025 02:30 pm
Fecha Validado 19 dic. 2025 02:30 pm

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

Validado Por: CINDY PARDO TORO
Fecha Reporte 19 dic. 2025 02:30 pm
Fecha Validado 19 dic. 2025 02:30 pm



Dra. Cindy Pardo Toro
Bacteriologa
U. Catolica de Manizales

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

minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

OP 49614

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D 20 M 01 A 2026	Manipuladora

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Perez Rios	Roxana Vanesa
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
D 26 M 12 A 1995	Leticia, Amazonas
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Comunidad Zaragoza	
Teléfono	**N°. Celular**
	3213702735
Correo electrónico	**Nacionalidad**
	Colombiana
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
Ama de casa	Union libre

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

Años de experiencia laboral: 3 años

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X]	No. 1.006.733.406	(**) Libreta militar No.	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ]	Expedida en: Leticia	Distrito No.	Segunda clase: [ ]
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

He estudiado hasta octavo de primaria, mi experiencia laboral empezo desde los 18 años mis habilidades, son como cocinera

III. INFORMACIÓN PERSONAL

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

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

035499342

minerva

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

REF 05-005

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

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

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
Agricultor	Comuna del Zaragoza		

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
X	Hijos	13, 11 y 7 años

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

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico X / Técnico / Comercial / Otro					
Educación Superior Técnico / Tecnológico / Profesional					
Posgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente? Sí ☐ No ☐	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución	Horario	Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)

Sistemas Sí ☐ No ☐ ¿Qué programas maneja?	1.	R B MB	3.	R B MB			
	2.	R B MB	4.	R B MB			
Idiomas Sí ☐ No ☐ ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha	Lectura	Escritura	Habla		
	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

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

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato	Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ Fijo ☐ ¿Cuánto tiempo?	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

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

minerva

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.	Jose ely Flurz	Modelista	El Puente Cuil	3124728367
2.	Juan Carlos Cruz	Sub-Gerente Fabrica	Cra 6 N-16-32	3223139529

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Manuel Pinto	Agricultor	Comunidad Patagonia	3213702735
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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

Roxana P

C.C. 1006733406

OP 49614

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.733.406**

PEREZ RIOS

APELLIDOS

ROXANA VANESA

NOMBRES

Roxana Vanesa Perez Rios

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-1995**

LETICIA
(AMAZONAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-ENE-2014 LETICIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6000100-00557041-F-1006733406-20140325 **0037**29367A 1 38466540

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS
MUNICIP DE LETICIA
RESGUARDO INDIGENA DE ZARAGOZA
RESOLUCION. 060-21-09-83
COMUNIDAD ZARAGOZA
NIT:900878871-1
"ZARAGOZA LOS PIES DE COLOMBIA"

EL SUSCRITO CURACA DE LA COMUNIDAD DE ZARAGOZA EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES QUE LE CONFIERE LA LEY 89 DE 1890

CERTIFICA.

Que la señora ROXANA VANESA PEREZ RIOS identificado con CC. de número 1006733406 de Leticia se encuentra viviendo y censado en la comunidad de ZARAGOZA perteneciendo al pueblo YAGUA, gozando de los beneficios de acuerdo a los usos y costumbres

DADO EN LA COMUNIDAD DE ZARAGOZA A LOS 19 DIAS DE ENERO 2026

LEOPOLDO RODRÍGUEZ OCHOA
CC 15.876.883 de Leticia
Curaca

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
Pacaya	Perea	Florencia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 41059330

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 12 MES 11 AÑO 1981

PAÍS: Colombia

DEPTO: Amazonas

MUNICIPIO: Leticia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: _____

PAÍS _____ DEPTO _____

MUNICIPIO _____

TELÉFONO 322 288 9709. EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES [ ] AÑO [ ]

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO 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
PAF		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Amazonas	leticia	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
322 288 9709	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha _____

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.059.330**

PACAYA PEREA

APELLIDOS

FLORENCIA

NOMBRES

FLORENCIA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-NOV-1981**

LETICIA
(AMAZONAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**O+**	**F**
ESTATURA	G S RH	SEXO

05-JUL-2000 LETICIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-6000100-00286714-F-0041059330-20110327 0026394333A 1 1721193710

Manipuladora 2026

IPS LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA GÓMEZ VÁSQUEZ E.U.

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

RESULTADOS

Software Baxlab v20250415

Impreso	10 feb. 2026 10:44:51 am				
Sede	PRINCIPAL				
Paciente	PACAYA PEREA FLORENCIA		Fecha Nacimiento	12/11/1981	
Identif.	CC 41059330	Teléfono 3222889709	Sexo F	Edad 44A 2M 28D	Nro. De Recepción 31454
Entidad	PARTICULAR			Fecha De Recepción	10 feb. 2026 07:44:24 am
Sala	N/A	Cama	SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
			Médico	ASIGNADO NO .	

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
PARASITOLOGIA			
1 . COPROLOGICO			
ESTUDIO MACROSCOPICO			NO APLICA
Consistencia	Pastosa		NO APLICA
Color	Marron		NO APLICA
ESTUDIO MICROSCOPICO			NO APLICA
Flora Bacteriana	Lig.Aumenatda		NO APLICA
Tipo de Flora	Mixta		NO APLICA
Leucocitos	0-2	/Campo	
Hematies	0-1	/Campo	
Almidones	(+)		NO APLICA
Fibras Musculares	(+)		NO APLICA
Grasas neutras	(+)		NO APLICA
Endolimax nana (Quiste)	1-3		NO APLICA

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 10 feb. 2026 10:37 am
Fecha Validado 10 feb. 2026 10:37 am

OTRO LABORATORIO

2 . 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 10 feb. 2026 10:44 am
Fecha Validado 10 feb. 2026 10:44 am

MICROBIOLOGIA

3 . GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO			
COLORACION DE GRAM			NO APLICA
Reacción Leucocitaria	Escasas		NO APLICA
Cocos Gram Positivos	Escasas		NO APLICA

Validado Por: CINDY PARDO TORO

Fecha Reporte 10 feb. 2026 10:44 am
Fecha Validado 10 feb. 2026 10:44 am

Sede Antonio Ricaurte / Macedonia Orellana
Com Mocagua

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
Arimuya	Rengifo	Aida Milena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. _____ | 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 30 MES 05 AÑO 1994
PAÍS Colombia
DEPTO Amazonas
MUNICIPIO Leticia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
Comunidad - Mocagua
PAÍS Colombia DEPTO Amazonas
MUNICIPIO Leticia
TELÉFONO cel: 3166025290 EMAIL milesnag4@gma

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										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller academico
FECHA DE GRADO 04 / 12 / 2013
MES 12 AÑO 2013

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*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Representaciones Amazonas	x		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Amazonas	Leticia	representacionesamazonas@

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3127532039	DÍA 21 MES 01 AÑO 2025	DÍA 28 MES 11 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar Manipulacion de A		Cll 8 N° 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*

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 X		8 meses
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha _____

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.213.662**
ARIMUYA RENGIFO

APELLIDOS
AIDA MILENA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **30-MAY-1994**
PUERTO NARIÑO
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.46	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-ABR-2013 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6000100-00444710-F-1121213662-20130630 0033761259A 2 39224058

GEMSAP
GRUPO EMPRESARIAL DE SERVICIOS AMBIENTALES & PROFESIONALES

CERTIFICADO-12026-1121213662

GEMSAP
GRUPO EMPRESARIAL DE SERVICIOS AMBIENTALES & PROFESIONALES

Carnet de Manipulación de Alimentos y BPM

AÍDA ARIMUYA
Nombre

1121213662
Documento

15 De Enero De 2027
Válido Hasta

www.gemsap.com / Numero Celular 310 708 9494

ESTE DOCUMENTO ACREDITA A SU PORTADOR COMO ASISTENTE A LA JORNADA CONTINUA Y PERMANENTE EN MANEJO SEGURO E HIGIÉNICO DE LOS ALIMENTOS Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA (RESOLUCIÓN 2674 DE 2013, CAP. III ART. 12 Y 13)

GEMSAP
NIT. 1014203551-1
APROBADO
Curso Aprobado Año 2026
Contacto 3107089494

Escanea el Código QR

Intensidad Horaria del Curso 10 Horas de Formación

Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales
Correo Electrónico: equipo@gemsap.com
Numero Único de Contacto: 3107089494
www.gemsap.com

Laboratorio Clínico Especializado

Tels: 318-5225219-312-5400489 - e-mail: clinicoespecializado.lab@gmail.com

Paciente:	AIDA MILENA ARIMUYA RENGIFO	**Fecha de Expedición:**	16/01/2026
Orden N°:	158	**Fecha de Impresión:**	16/01/2026
Identificación:	1.121.213.662	**Médico:**	-
Convenio:	PARTICULAR	**Edad/sexo:**	31 AÑOS/FEMENINO

KOH

KOH UÑAS	**NEGATIVO**
GRAM DE GARGANTA	**FLORA NORMAL DE GARGANTA**

ALEJANDRA [illegible]EQUE GONZALEZ
BACTERIOLOGA UCMC
Registro: 1516

ASRILAB

ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	16	01	2026

Nombres y apellidos :(108)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
AIDA ARIMUYA RENGIFO	F	31	C.C.	C.E	1121213662

CARGO: MANIPULACION DE ALIMENTOS	FECHA DE NACIMIENTO: 30/ 05/ 1994

MOTIVO DE EVALUACION					
PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD					
INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)					
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS					
EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ANEXO CONSTANCIA PARTICIPACION TALLER MANIPULACION DE ALIMENTOS DICTADO POR GENSAR VIGENTE 15/ 01 /2027

RESTRICCIONES

::

INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA					
CONSERVACION VISUAL		CARDIOVASCULAR		PSICOSOCIAL	
CONSERVACION AUDITIVA		ERGONOMICO		BIOLOGICO	

RECOMENDACIONES GENERALES					
CONTROL PERIODICO POR EPS	X	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL		CONTINUAR MANEJO MEDICO	
UTILIZAR EPP	X	EJERCICIO REGULAR	X	MEJORAR HABITOS	X

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

VALORACION POR OFTALMOLOGIA Y NUTRICIONISTA POR EPS. BAJAR DE PESO, INICIAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA USAR ELEMENTOS DE PROTECCION Y BIOSEGURIDAD PERSONAL ADECUADOS, OPORTUNOS Y ESPECIFICOS PARA EL CARGO CAPACITAR RIESGO BIOLOGICO (BACTERIAS , VIRUS) RIESGO FISICO (ALTAS TEMPERATURAS) HIDRATAR, LUBRICAR Y PROTEGER LA PIEL PERMANENTEMENTE, USAR PROTECTOR SOLAR Y MANGA LARGA PARA LABORAR, MEJORAR POSTURAS , APTA PARA MANIPULAR ALIMENTOS , ENFASIS OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO::::::::::::::::::::::::::::::::::::::

Sede Antonio Ricaurte 1/1 Macedonia Orellana
Comunidad Mocagua

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
MAFRA	DEL AGUILA	NARLY AZUCENA

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 4 MES 04 AÑO 1987

PAÍS colombia

DEPTO Amazonas

MUNICIPIO Leticia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Comunidad Mocagua

PAÍS colombia DEPTO Amazonas

MUNICIPIO Leticia

TELÉFONO 3245569274 EMAIL narlyazucena@gmail.co

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Representaciones Amazonas	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Amazonas	Leticia	representacionesamazonas@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 7 MES 7 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA 28 MES 11 AÑO 2025	
3127532039			
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
		CLL 8 N° 7-58	

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO X		5 meses
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.733.309
MAFRA DEL AGUILA
APELLIDOS
NARLI AZUCENA
NOMBRES

Narly Maria del Aguila
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-ABR-1987
SANTA SOFIA
LETICIA (AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
17-MAY-2006 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
ÍNDICE DERECHO

A-6000100-01072402-F-1006733309-20190409 0065178371A 1 1725345067

ASRILAB
ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	16	01	2026

Nombres y apellidos :(107)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
MARLY AZUCENA MAFRA DEL AGUILA	F	38	C.C.	C.E	1006733309

CARGO: MANIPULACION DE ALIMENTOS — FECHA DE NACIMIENTO: 04/ 04/ 1987

MOTIVO DE EVALUACION

PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ANEXO CONSTANCIA PARTICIPACION TALLER MANIPULACION DE ALIMENTOS DICTADO POR EL SENA VIGENTE 27/ 11 /2026

RESTRICCIONES

::

INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CONSERVACION VISUAL		CARDIOVASCULAR		PSICOSOCIAL	
CONSERVACION AUDITIVA		ERGONOMICO		BIOLOGICO	

RECOMENDACIONES GENERALES

CONTROL PERIODICO POR EPS	X	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL		CONTINUAR MANEJO MEDICO	
UTILIZAR EPP	X	EJERCICIO REGULAR	X	MEJORAR HABITOS	X

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

VALORACION POR OFTALMOLOGIA Y NUTRICIONISTA POR EPS. BAJAR DE PESO, INICIAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA
USAR ELEMENTOS DE PROTECCION Y BIOSEGURIDAD PERSONAL ADECUADOS, OPORTUNOS Y ESPECIFICOS PARA EL CARGO
CAPACITAR RIESGO BIOLOGICO (BACTERIAS , VIRUS) RIESGO FISICO (ALTAS TEMPERATURAS) HIDRATAR, LUBRICAR Y PROTE-
GER LA PIEL PERMANENTEMENTE, USAR PROTECTOR SOLAR Y MANGA LARGA PARA LABORAR, MEJORAR POSTURAS , APTA
PARA MANIPULAR ALIMENTOS , ENFASIS OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO::::::::::::::::::::::::::::::::::::::

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

NARLI AZUCENA MAFRA DEL AGUILA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1006733309

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Manipular alimentos de acuerdo con procedimiento técnico y normativa de alimentos - NIVEL BASICO

Código: 290801106 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en LETICIA. A los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

2084635 - 27/11/2024
No Y FECHA REGISTRO

CLAUDIA YAZMIN CAÑAS BELTRAN
Subdirectora (E) CENTRO PARA LA BIODIVERSIDAD Y EL TURISMO DEL AMAZONAS
REGIONAL AMAZONAS

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 9517002908011062 41CC1006733309C.

Laboratorio Clínico Especializado

Tels: 318-5225219-312-5400489 - e-mail: clinicoespecializado.lab@gmail.com

Paciente:	NARLI AZUCENA MAFRA DEL AGUILA	**Fecha de Expedición:**	16/01/2026
Orden N°:	157	**Fecha de Impresión:**	16/01/2026
Identificación:	1.006.733.309	**Médico:**	-
Convenio:	PARTICULAR	**Edad/sexo:**	38 AÑOS/FEMENINO

KOH

KOH UÑAS	**NEGATIVO**
GRAM DE GARGANTA	**FLORA NORMAL DE GARGANTA**

ALEJANDRA PIRANEQUE GONZALEZ
BACTERIOLOGA UCMC
Registro: 1516

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONAL

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo

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
Vargas	Moreno	Gloria

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
	2 AÑOS	$,

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento D M A	(*) Estado civil
	27 07 1970	union libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Leticia - AMAZONAS	San Martin annexo	3123657972

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°
HO. 750838	
Expedida en: puerto Marino	Distrito N° Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

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

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

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 usted ha 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)

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, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley autoral.

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).	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**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.150.838**

VARGAS MORAN

APELLIDOS

GLORIA

NOMBRES

Gloria Vargas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-1970**

LETICIA
(AMAZONAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

02-AGO-1990 PUERTO NARIÑO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-6000100-01028169-F-0040150838-20180730 0062115300A 1 9905146332

ASRILAB

ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	14	01	2026

Nombres y apellidos :(102)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
GLORIA VARGAS MORAN	F	55	C.C.	C.E	40150838

CARGO: MANIPULADORA DE ALIMENTOS	FECHA DE NACIMIENTO: 21/ 08/ 1970

MOTIVO DE EVALUACION

PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	X
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	X
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ::::::::::::::::

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE AMAZONAS
Resguardo Indígena Tikuna, Cocama y Yagua
Municipios de Puerto Nariño y Leticia
TERRITORIO ANCESTRAL COMUNIDAD INDIGENA SAN MARTIN DE AMACAYACU
NIT:838000103-0

El suscrito Curaca de la Comunidad Indígena de San Martin de Amacayacu Benicio Amaro Joaquín identificado con cedula de ciudadanía Nro: 6.566.743 de Leticia, Elegido por la asamblea comunitaria. Según Acta 001 de Elección el 05-enero-2026

Avala

Que el señor(a) **GLORIA VARGAS MORAN** Identificado con cedula de ciudadanía N° 40.150.838 expedida en Puerto Nariño Amazonas, Natural de este Resguardo Indígena de la Etnia Tikuna, actualmente se encuentra registrado dentro del Censo poblacional de la Comunidad Indígena San Martín de Amacayacu. El suscrito curaca expide el presente AVAL para laborar como auxiliar de cocina en la escuela Agustín Codazzi con la empresa Representaciones Amazonas S.A.S PAE, ya que cumple los requisitos exigidos por la empresa.

Para mayor constancia se firma a los 09 días del mes de enero del año 2026 en la comunidad indígena de San Martin de Amacayacu.

Benicio Amaro Joaquin
Representante legal– Curaca
cc: 6.566.743

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
Vasquez	Reina	silvia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. _____ | 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 28 MES 03 AÑO 1980

PAÍS colombia

DEPTO Amazonas

MUNICIPIO LETICIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

_____

PAÍS _____ DEPTO _____

MUNICIPIO _____

TELÉFONO _____ EMAIL _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o. X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES ___ AÑO ____

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **41.059.405**

VASQUEZ REINA

APELLIDOS

SILVIA

NOMBRES

Silvia Vasquez R

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-1980**

PUERTO NARIÑO
(AMAZONAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-JUL-2000 LETICIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-6000100-01076767-F-0041059405-20190524 **0065**44070A 1 1725407291

Clínica Leticia
FUNDACION

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

10128624

Paciente	: SILVIA VASQUEZ REINA	**Orden No**	: 10128624
Documento	: 41059405	**Fecha Ingreso**	: 2026-01-22 06:42:40
Edad/Sexo	: 45 Años / Femenino	**Primera Impresión**	: 2026-01-22 11:24:13.
Entidad	: SALUD OCUPACIONAL- DOC FRANCISCO	**Servicio**	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	**Telefono**	: 1

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**AUMENTADA**		
LEUCOCITOS:	**MAYOR DE 10 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**BACILAR GRAM POSITIVOS +**		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	**UÑA**		
Resultado:	**NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS**		

Karina L. Cueva P.

KARINA LILIANA CUEVA PABON
BACTERIOLOGO
1121197844
Validación: 22/01/2026 11:22:49

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

ASRILAB

ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	22	01	2026

Nombres y apellidos :(116)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
SILVIA VASQUEZ REINA	F	45	C.C.	C.E	41059405

CARGO: MANIPULADOR DE ALIMENTOS	FECHA DE NACIMIENTO: 28/ 03/ 1980

MOTIVO DE EVALUACION

PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	X
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	X
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ::::::::::::::::

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE AMAZONAS
Resguardo Indígena Tikuna, Cocama y Yagua
Municipios de Puerto Nariño y Leticia
TERRITORIO ANCESTRAL COMUNIDAD INDIGENA SAN MARTIN DE AMACAYACU
NIT:838000103-0

El suscrito Curaca de la Comunidad Indígena de San Martin de Amacayacu Benicio Amaro Joaquín identificado con cedula de ciudadanía Nro: 6.566.743 de Leticia, Elegido por la asamblea comunitaria. Según Acta 001 de Elección el 05-enero-2026

Avala

Que el señor(a) SILVIA VAQUEZ REINA Identificado con cedula de ciudadanía N° 41.059.405_expedida en Leticia_Amazonas, Natural de este Resguardo Indígena de la Etnia Tikuna, actualmente se encuentra registrado dentro del Censo poblacional de la Comunidad Indígena San Martín de Amacayacu. El suscrito curaca expide el presente AVAL para laborar como auxiliar de cocina en la escuela Agustín Codazzi con la empresa Representaciones Amazonas S.A.S PAE, ya que cumple los requisitos exigidos por el PAE..

Para mayor constancia se firma a los 09 días del mes de enero del año 2026 en la comunidad indígena de San Martin de Amacayacu.

Benicio Amaro Joaquin
Representante legal– Curaca
cc: 6.566.743

minerva 10-03

www.formasminerva.com

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
D 16 M 01 A 2026	manipuladora

Santa Isabel
El Vergel

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Ruiz Ruiz	Sandra lorena
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
D 22 M 05 A 1992	leticia
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Comunidad Vergel	
Teléfono	**N°. Celular**
	3105833699
Correo electrónico	**Nacionalidad**

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
manipuladora		6 año

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: ☐ No. 1121208558 Extranjería: ☐ Expedida en:	(**) Libreta militar No. _____ Distrito No.	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí ☐ No ☒	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 ☒ No ☐	¿En qué empresa?	Empleado ☐ Independiente ☐	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí ☐ No ☐	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí ☐ 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 ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí ☐ No ☐	Vive en casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☐	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí ☐ No ☐	Descríbalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál(es)?		

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

030425 16

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
Heroildo		

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Mauro Alicia		

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Diomar		

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Posgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente? Sí ☐ No ☐	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución	**Horario**	Diurno ☐	Fin de semana ☐
		Nocturno ☐	A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí ☐ No ☐	1.	R B MB	3.	R B MB
¿Qué programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB

Idiomas		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
Sí ☐ No ☐	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

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

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato	Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

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

Motivo del retiro

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

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				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

C.C.

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

Comunidad el Vergel

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.208.558

APELLIDOS RUIZ RUIZ

NOMBRES SANDRA LORENA

FIRMA Sandra Ruiz





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAY-1992**

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-AGO-2010 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-6000100-00256851-F-1121208558-20100922 **0024**048857A 1 28105181

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL AMAZONAS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Departamento de Amazonas

LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL A TRAVÉS DEL PROYECTO SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL

Otorga la presente

CONSTANCIA A:

SANDRA LORENA RUIZ RUIZ

Participó en la capacitación para **Curso de manipulación de alimentos - DICIEMBRE 2025 JORNADA MAÑANA**, realizada del 10 de diciembre de 2025 al 12 de diciembre de 2025, en el Municipio de Leticia – Amazonas; cumpliendo con la normatividad según la resolución 2674 del julio 22 de 2013 y la Resolución 604 de 1993.

12 de diciembre de 2025

Válido hasta: 12/12/2026

Brahyan Baracaldo Suarez
P.U Proyecto Seguridad Sanitaria y Ambiental

El portador deberá cumplir con las recomendaciones expuestas en el curso recibido y su incumplimiento será sancionado según lo establecido por la Ley 9 de 1979 y la Resolución 2674 de 2013 entre otros.

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Leticia	D 19 M 01 A 2026		

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
Cuisara	Samuel	Salome

Nta Sra de la Paz
la Libertad

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Manipuladora de Alimentos	1 año	$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
leticia	D 15 M 05 A 1981	Unión libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Comunidad la Libertad	la Libertad	

Cédula de ciudadanía: N° 41.058.621
Expedida en: Leticia

(**) 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 [X] No ☐			

¿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	Escuela Nuestra Señora del Pilar	Leticia	3	1991
Bachillerato				

	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
Educación Superior				

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 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)
Representasiones Amazonas SAS	CLL 8 Leticia	

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

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
27 enero 2024	15 diciembre 2024	$	$

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)*

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	X	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
Leonel Caseres Perez	Oficios Varios	Independiente

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
	Comunidad La Libertad.		Leticia

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
5	Hijos	14 - 11 - 10 - 8 - 17

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio
Domingvin Caisara	Agricultor
Ernestina Samuel	(Q.E.P.D)

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Yilber Caseres	Oficios Varios	Comunidad La Libertad	3212026125
2.-	Celina Caisara Samuel	Empleada	Leticia	3227800614

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 mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Salomé

C.C. 41058621

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

			Contrátese a partir del	Sueldo
Candidato seleccionado definitivamente	Si	No		$
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 **41.058.621**

CAISARA SAMUEL

APELLIDOS

SALOME

NOMBRES

Salomé

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAY-1981**

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-MAY-1999 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-6000100-00132521-F-0041058621-20081201 0007272358A 1 8140001315

Libertad y Orden

República de Colombia
Gobernación del Amazonas
Secretaria de Salud Departamental

Departamento de Amazonas

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL A TRAVES
DEL PROYECTO SEGURIDAD SANITARIA Y AMBIENTAL.

VALIDO HASTA 02 DE MARZO DE 2025

Otorga la presente

CONSTANCIA A:

SALOME CAISARA SAMUEL
C.C. No. 41.058.621 de Leticia.

Participó en el Taller para ***MANIPULADORES DE ALIMENTOS***, realizado el Día 02 de marzo de 2024, en el Leticia-- Amazonas; cumpliendo con la normatividad según Resolución 2674 de Julio 22 de 2.013 y la Resolución 604 de 1.993

Ing. ZULY JULIETA TORRES CASTRILLON
P.U. Referente Proyecto Seguridad Sanitaria y Ambiental

El Portador deberá cumplir con las recomendaciones expuestas en el curso recibido y su incumplimiento será sancionado según lo establecido por la Ley 9 de 1979 y la Resolución 2674 de 2.013 entre otros.

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

10128399

Paciente : SALOME CAISARA SAMUEL
Documento : 41058621
Edad/Sexo : 44 Años / Femenino
Entidad : SALUD OCUPACIONAL- DOC FRANCISCO
Médico : MEDICOS VARIOS

Orden No : 10128399
Fecha Ingreso : 2026-01-20 07:58:48
Primera Impresión : 2026-01-20 11:58:32.
Servicio : CONSULTA EXTERNA
Telefono : 1

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	**FARINGE**		
REACCION LEUCOCITARIA:	**ESCASA**		
LEUCOCITOS:	**1-2 XC**		
FLORA BACTERIANA:	**DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS ++**		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	**UÑAS**		
Resultado:	**BLASTOCONIDIAS: ESCASAS**		

KARINA LILIANA CUEVA PABON
BACTERIOLOGO
1121197844
Validación: 20/01/2026 11:40:50

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

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

NUM.HISTORIA 41058621 **FECHA:** 2026-01-19 10:51:42

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: SALOME CAISARA SAMUEL	**ID:** CC 41058621	**FECHA DE NACIMIENTO:** 1981-05-15
EDAD:44 Años 8 Meses4 Días	**GENERO:** FEMENINO	**ESTADO CIVIL:** UNIÓN LIBRE
TEL: 00000000	**DIRECCIÓN:** LA LIBERTAD	**LUGAR DE RESIDENCIA:** LETICIA (AMAZONAS)
ENTIDAD: PARTICULARES	**TIPO DE USUARIO:** PARTICULAR	**ARL:**
CARGO:		

TIPO DE EXAMEN

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

OSTEOMUSCULAR Y MANIPULACION DE ALIMENTOS

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
KOH, Coprologico, Frotis Faringeo

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** APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	**ESPACIOS CONFINADOS** --
CONDUCCIÓN --	**TRABAJOS ESPECIALES** --	

CONDUCTA

CONDUCTA DE MANEJO MEDICO:

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

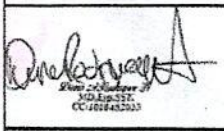
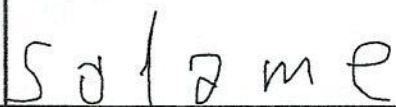
CONDUCTA MEDICA LABORAL

☑	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**
LAVADOS DE MANOS CADA 2 HORAS DURANTE JORNADA LABORAL NO ESMALTE DE UÑAS PURGANTE CADA 6 MESES	

FIRMA MEDICO	**FIRMA PACIENTE**
	
Profesional: DIANA ALEJANDRA RODRIGUEZ HERNANDEZ **CC:**1018482023 **Esp:** MEDICINA OCUPACIONAL **RM:** 1018482023	**Nombre:** SALOME CAISARA SAMUEL **CC:**41058621

Pto Triunfo

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Ntra Sra. Fatima
Com. Pto. Triunfo

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Vela	Barrios	Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 41.059 316 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M 47

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 15 MES 01 AÑO 1980

PAÍS: Colombia.

DEPTO: Amazonas.

MUNICIPIO: Leticia

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Puerto - Triunfo

PAÍS COLOMBIA DEPTO Amazonas

MUNICIPIO Leticia

TELÉFONO 3144758240 EMAIL

2 FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 1990
X	X	X	X	X							

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

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

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
PAC		x	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Amazonas	Puerto Nariño	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 02 AÑO 2021	DÍA 02 MES 12 AÑO 202

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 MÁS EXPERIENCIA LABORAL IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	6	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95)

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.059.316**

VELA BARRIOS

APELLIDOS

MARIA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **15-ENE-1980**

LETICIA
(AMAZONAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-JUL-2000 LETICIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-6000100-00424637-F-0041059316-20130205 0032388517A 1 1722190172

Leticia

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

Paciente	: MARIA VELA BARRIOS	Orden No	: 10129464
Documento	: 41069316	Fecha Ingreso	: 2026-01-30 09:15:37
Edad/Sexo	: 46 Años / Femenino	Primera Impresión	: 2026-01-30 11:46:46
Entidad	: SALUD OCUPACIONAL- DOC FRANCISCO	Servicio	: CONSULTA EXTERNA
Médico	: MEDICOS VARIOS	Telefono	: 0

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
GRAM			
MUESTRA:	FARINGE		
REACCION LEUCOCITARIA:	AUMENTADA		
LEUCOCITOS:	MAYOR DE 10 XC		
FLORA BACTERIANA:	COCOS GRAM POSITIVOS: +		
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS - KOH			
Muestra:	UÑAS		
Resultado:	NO SE OBSERVAN ESTRUCTURAS COMPATIBLES CON HONGOS		

KARINA LILIANA CUEVA PABON
BACTERIOLOGO
1121197844
Validación: 30/01/2026 11:46:35

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

ASRILAB

ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

EMPRESA	CIUDAD	FECHA DEL EXÁMEN		
REPRESENTACIONES AMAZONAS	LETICIA	30	01	2026

Nombres y apellidos :(327)	SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
MARIA VELA BARRIOS	F	46	C.C.	C.E	41059316

CARGO: MANIPULADOR DE ALIMENTOS — FECHA DE NACIMIENTO: 15/ 01/ 1980

MOTIVO DE EVALUACION

PRE - INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL / PERMANENTE		VALORACION POR EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	::::::::::::::::	ESPACIOS CONFINADOS	::::::::::::::::::

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EMO		EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MANIPULACION	X
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	X
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	X
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	

OTROS: ::::::::::::::::