Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

CORPORACION FILANTROPOS

GESTION DEL DESARROLLO HUMANO

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
ARAUCAN	ALVAREZ	JOSE JESUS

C.C. ○ C.E. ◉ PAS ○ 5.290.074

SEXO: F M X

NACIONALIDAD: PAÍS: VENEZOLANO

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE N° D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1 4 MES 0 1 AÑO 19 80

PAÍS: VENEZUELA

DEPTO:

MUNICIPIO:

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 25 N° 19-36 BARRIO LA VILLA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: META

MUNICIPIO: GRANADA

TELÉFONO: 313 698 5475 EMAIL:

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

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

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

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

CORPORACION FILANTROPOS

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	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
SOGA DE COLOMBIA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	GRANADA	cpsintegral@gmail.com
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
312 583 5205	DIA 15 MES 0 5 AÑO 2022	DIA 15 MES 1 2 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
MANIPULADOR	SERVICIO DE ALIMENTACION	CENTROAGROPECUARIO SENA HACHÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	
TELEFONO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
	DIA MES 0 3 AÑO 2021	DIA MES 0 9 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCION**
OPERARIO DE PRODUCCION	PRODUCCION	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
			COLOMBIA

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
			COLOMBIA

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

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

CORPORACIÓN FILANTROPOS

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	13
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	1	13

5 FIRMA DEL EMPLEADO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) M( )NCUENTRO 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 PUBLICA.

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

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5290074

COL

CARAUCAN ALVAREZ
APELLIDOS

JOSE JESUS
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

14508947
DNI Nro.

14-01-1980
FECHA DE NACIMIENTO

04-01-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



Caraucan José

FIRMA

EDC97352

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5290074<<5<<<<<<<<<<<<<<<
8001140M3105308VENE0097352<<<6
CARAUCAN<ALVAREZ<<JOSE<JESUS<<

Certificación Bancaria

Bancolombia

Villavicencio - Meta, 29 de Octubre de 2022

Señores
A QUIEN PUEDA INTERESAR

Asunto: Certificación Bancaria

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOSE JESUS CARAUCAN ALVAREZ, identificado(a) con **PPT número 5290074** está vinculado a la Organización desde el 2022/10/29.

A la fecha de expedición de esta certificación el mencionado cliente tiene con el Banco el (los) siguiente(s) producto(s):

Nombre Producto	No Producto	Estado
CUENTA DE AHORROS	849-000032-31	ACTIVO

Nota: Nos permitimos aclarar que para algunos procesos internos tales como pagos de nómina, recepción de transferencias, generación de documentos, entre otros, el sistema identifica al cliente con tipo documental "Pasaporte" y número 500 5290074.

La presente Certificación se expide por solicitud del Cliente.

Atentamente,

Claudia María Posada Álvarez
Gerente Transformación de Sucursales

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

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Calle 20 N° 39 - 54 Barrio Camoa
Tel. 6833822 - 6660566 - 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

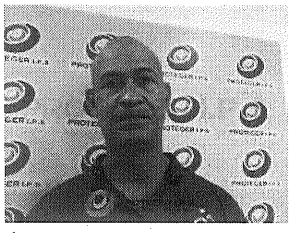
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 283076 Fecha Examen: 2023-04-15 Hora: 08:39:57

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPO 809012325 SECTOR: -

ENT. MISIÓN: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTRO 809012325 CIUDAD: IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: JOSE JESUS APELLIDOS: CARAUCAN ALVAREZ

IDENTIFICACIÓN: 5290074 FECHA DE NACIMIENTO: 14 de Enero de 1980 EDAD: 43

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: stiward

ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: CAPITAL SALUD AFP: SIN AFILIACIÓN

EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Anexo Osteomuscular, Coprologico, Frotis Faringeo, Koh De Unas, Manipulación De Alimentos

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para manipulación de alimentos: Si

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS.

Dra. Alexandra Guerrero V.
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Registro 2017

Caraucan José

Atendido por: GUERRERO VELASCO NANCY ALEXANDRA
Registro Médico: 254804/2013
Licencia S.O.: 4492

Paciente: CARAUCAN ALVAREZ JOSE JESUS
Identificación: 5290074

PROTEGER I.P.S.

CERTIFICADO DE APTITUD MANIPULADOR DE ALIMENTOS



Carné Nº: 283076

CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTR(
CARAUCAN ALVAREZ JOSE JESUS
C.C. 5290074
Sexo: M G.S. O+

Se expide en VILLAVICENCIO: 2023-04-15
Validez: Un (1) año.

Válido solo para Laborar en: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPOS

De acuerdo a la Evaluación Médica Ocupacional realizada, consideramos el aspirante es APTO para desempeñarse como MANIPULADOR DE ALIMENTOS, y siguiendo los lineamientos del Artículo 11 del Resolución 2674 de 2013 esta IPS procede a expedir certificado en el consta la aptitud del aspirante para manipulación de alimentos.

El aspirante se realizó los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - ANEXO OSTEOMUSCULAR - COPROLOGICO - FROTIS FARINGEO - KOH DE UNAS - MANIPULACIóN DE ALIMENTOS

FELISA PÉREZ CALDERÓN
MEDICO ESPECIALISTA SST
R.M. 6238
C.C. 1.047.422.687

PEREZ CALDERON FELISA
Firma y sello del profesional

VILLAVICENCIO
Tel.:

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

CORPORACION FILANTROPOS
GESTION DEL DESARROLLO HUMANO

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
RAMOS	MENDOZA	YANETH MILAGROS

C.C. (●) C.E. ( ) PAS ( ) 2.944.603 — SEXO: F X M — NACIONALIDAD: VENEZOLANO

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE — N° — D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1 2 MES 0 6 AÑO 19 82

PAÍS: VENEZUELA

DEPTO:

MUNICIPIO:

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 13 N° 24-24 B/ OLIMPO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

TELÉFONO: 322 472 5881 EMAIL:

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS 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.	10o.	11o.
										X

FECHA DE GRADO: MES 0 7 AÑO 2 0 0 1

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC (TÉCNICA)	2	X		GASTRONOMIA	6	2010	-

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

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

CORPORACION FILANTROPOS

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	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
CPS INTEGRAL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VILLAVICENCIO	META	cpsintegral@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
312 583 5205	DIA 15 MES 0 5 AÑO 2022	DIA 15 MES 1 2 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICA DE COCINA	SERVICIO DE ALIMENTACION	CENTROAGROPECUARIO SENA EL HACHÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
ROSITA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	GRANADA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
305 741 0735	DIA 10 MES 0 5 AÑO 2018	DIA 3 MES 0 4 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
JEFE DE COCINA CALIENTE	SERVICIO ALIMENTARIO	CENTROAGROPECUARIO SENA LOS NARANJOS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

CORPORACIÓN FILANTROPOS
GESTIÓN DEL DESARROLLO HUMANO

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	28
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	28

5 FIRMA DEL EMPLEADO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) M( )NCUENTRO 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 PUBLICA.

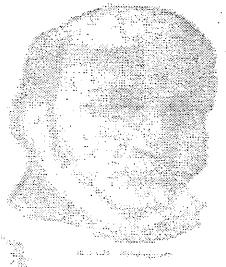
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN

Zona Educativa / Plantel: UNIDAD EDUCATIVA COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA CONSOLACION

Código: [illegible]

Título de: BACHILLER

Hoja de entrada Código Nro.: 31659

Que se otorga a: YANETT MILAGRO RAMOS MENDOZA

Cédula de Identidad Nro.: 16.719.272

Nacido (a) en: MATURIN ESTADO MONAGAS

En Fecha: 16 de junio de 1982

Previo el cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley

Lugar y Fecha de expedición: DISTRITO CAPITAL 17 DE JULIO DE 2001

Año de Egreso: 2001

ELIZABETH CORREIA

V-5573113

ALEJANDRO CARNACCHI

C.I. V-[illegible]

Secretario Bolivariano de Venezuela



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
INSTITUTO DE ARTE CULINARIA VENEZUELA FUSION
INSTITUTO UNIVERSITARIO DE TECNOLOGIA SUPERIOR DE CHEMIS

CERTIFICADO

El presente diploma de finalización certifica que,

YANETT MILAGRO RAMOS MENDOZA

C.I.V. 16.710.272 ha finalizado el TECNICO de

"Gastronomia"

Con una duración total de 1250 horas cátedra, bajo la modalidad "presencial",

Expedido en San Fernando, Apure, a los 22 días del mes de JUNIO de 201

[redacted]

El programa internacional de capacitación continua de Executive confiere el presente

CERTIFICADO

A: [redacted]

Por haber participado y aprobado en el curso de capacitación profesional

"PETIT GÂTEAU"

Realizado en Ambato, los días 18, 19, 20 de septiembre del 2018,
con una duración de 30 horas.

Ambato, 20 de Septiembre del 2018

Ing. Gerardo León CPC. CIC
DIRECTOR GENERAL

Chef Alan Esparza Rojas
INSTRUCTOR
[redacted]

Trilce. Mariana Luna
COORDINADORA ACADÉMICA

Proc. Carla Jácome
SECRETARIA EJECUTIVA

REPUBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

NO. 2944603

RAMOS MENDOZA

YANETT MILAGRO

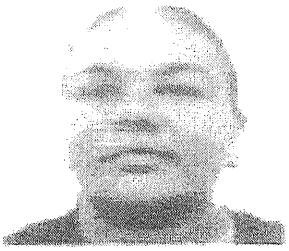
VEN F

16710272

12-06-1982

22-06-2022 BOGOTA D.C.

30-05-2031



COL

DATO MASCO

El titular de este documento debe avisar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria

MIGRACIÓN

IPCOL2944603<<2<<<<<<<<<<<<<<<
8206129F3105308VENE2030825<<<8
RAMOS<MENDOZA<<YANETT<MILAGRO<

Certificación Bancaria

Bancolombia

Villavicencio, 24 de Octubre de 2022.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que YANETT MILAGRO RAMOS MENDOZA identificado(a) con PA No. 5002944603 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN BASICO	84900003197	2022/10/24	ACTIVA

Atentamente.

Claudia María Posada Álvarez
Gerente Transformación de Sucursales

- Importante: Esta certificación solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números. Medellín - Local (574) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local (575) 361 83 88 - Cali (57-2) 554 05 05 – Resto del país 01 800 09 12345 Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos +1 866 379 97 14

Grupo Bancolombia

Powered by CamScanner

PROTEGER I.P.S.

CERTIFICADO DE APTITUD MANIPULADOR DE ALIMENTOS



Carné Nº: 283077

CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTR(
RAMOS MENDOZA YANETH MILAGROS
C.C. 2944603
Sexo: F G.S. O+

Se expide en VILLAVICENCIO: 2023-04-15
Validez: Un (1) año.

Válido solo para Laborar en: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPOS

De acuerdo a la Evaluación Médica Ocupacional realizada, consideramos el aspirante es APTO para desempeñarse como MANIPULADOR DE ALIMENTOS, y siguiendo los lineamientos del Artículo 11 del Resolución 2674 de 2013 esta IPS procede a expedir certificado en el consta la aptitud del aspirante para manipulación de alimentos.

El aspirante se realizó los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - ANEXO OSTEOMUSCULAR - COPROLOGICO - FROTIS FARINGEO - KOH DE UNAS - MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

GUERRERO VELASCO NANCY ALEXANDRA
Firma y sello del profesional

VILLAVICENCIO
Tel.:

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Calle 20 N° 39 - 54 Barrio Camoa
Tel. 6833822 - 6660566 - 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

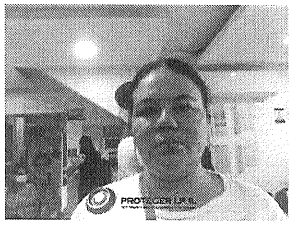
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 283077 Fecha Examen: 2023-04-15 Hora: 08:47:29

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPICO 809012325 SECTOR: -
ENT. MISIÓN: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTRO 809012325 CIUDAD: IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: YANETH MILAGROS APELLIDOS: RAMOS MENDOZA
IDENTIFICACIÓN: 2944603 FECHA DE NACIMIENTO: 12 de Junio de 1982 EDAD: 40
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: cocinera
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: SANITAS S.A. E.P.S. AFP: SIN AFILIACIÓN

EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Anexo Osteomuscular, Coprologico, Frotis Faringeo, Koh De Unas, Manipulación De Alimentos

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para manipulación de alimentos: Si

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

CONTINUAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ACTIVIDAD FISICA Y REDUCIR PESO, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y PAUSAS ACTIVAS.

Ernesto Jaramillo
Medico Especialista en SO
RM 50-12541
LO 1621/13

Atendido por: JARAMILLO ERNESTO VALENZUELA
Registro Médico: 50 12541
Licencia S.O.: 1621/13

Paciente: RAMOS MENDOZA YANETH MILAGROS
Identificación: 2944603

JAIBER PRADA
Microbiólogo de alimentos
Magíster en inocuidad agroalimentaria
301 319 2047
314 807 9348
jaiberpradaalimentos@gmail.com
jaiberpradaalimentos

No. 117218 - 25

JAIBER YOBANY PRADA RUIZ

CC No. 1.121.819.180 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

CERTIFICA

Que JEZABETH CAROLINA CARAUCAN ALVAREZ, identificado(a) con C.C No. 4860628.
Realizó la capacitación en:
MANIPULACIóN DE ALIMENTOS Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA,
el día 15 de abril de 2025, con una intensidad de 5 horas.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado(a), el día 15 de abril de 2025



JAIBER YOBANY PRADA RUIZ
CC No. 1.121.819.180 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

CONSULTA LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO

*Documento personal e intransferible, cualquier modificación u falsificación acarreara problemas legales.

Verifique el sello seco de autenticidad

CERTIFICADO MÉDICO MANIPULADOR DE ALIMENTOS

No. 117218- 25

EMPRESA: PARTICULAR

CIUDAD: VILLAVICENCIO

FECHA: 15/04/2025

DPTO: META

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: JEZABETH CAROLINA CARAUCAN ALVAREZ

CC TI CE 4860628

CARGO: MANIPULADOR DE ALIMENTOS

EDAD: null

TELÉFONO: NO REGISTRA

DIRECCIÓN:

LABORATORIOS

COPROLOGICO	Negativo	CULTIVO NASOGARINFEO	Negativo
COPROCULTIVO	Negativo	KOH DE UÑAS	Negativo

DIAGNOSTICO MÉDICO

El paciente no presenta afecciones en la piel que represente un riesgo para la salud pública.

CONCEPTO

Apta Para Manipulacion De Alimentos

En cumplimiento de la resolución 2674 de 2013 articulo 36 parágrafos 1 y 2.

*Documento personal e intransferible, cualquier modificación u falsificación acarreara problemas legales.

CONSULTA LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO

Dr Fernán E Medina E
MÉDICO GENERAL
RM 806/07
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 1152/2012

Firma del Médico

Este certificado está amparado por la resolución 2674 de 2013, capítulo III artículo 11 y 12.

CONCEPTO MÉDICO

Certifica que el paciente se encuentra apto para manipular alimentos, no tiene ninguna patología infectó contagiosa, se encuentra sano sin ninguna restricción.

FECHA EXPEDICIÓN

15/04/2025

Validez de un (1) año

Dr. Hernán E. Medina C.
MÉDICO GENERAL
RM 900/07
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 2162/2010

Firma Médico Especialista
Dr. Hernán Medina C.
Especialista Salud Ocupacional

Este certificado está amparado por la resolución 2674 de 2013, capítulo III artículo 11 y 12.

Este certificado está amparado por la resolución 2674 de 2013, capítulo III artículo 11 y 12.

CONSULTA LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO

JAIBER PRADA

Microbiólogo de alimentos
Magíster en inocuidad agroalimentaria

301 319 2047 - 314 807 9348
jaiberpradaalimentos@gmail.com
jaiberpradaalimentos

No. 117218 -25

En cumplimiento de la resolución 2674 de 2013 articulo 36 parágrafos 1 y 2.

Hace constar que:

JEZABETH CAROLINA CARAUCAN ALVAREZ

con documento de identidad N°

4860628

El portador de este carnet asistió a la capacitación

HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Firma Capacitador
Jaiber Y. Prada Ruiz
Microbiólogo de alimentos
Magíster en inocuidad agroalimentaria

Este certificado está amparado por la resolución 2674 de 2013, capítulo III artículo 11 y 12.

JAIBER PRADA
Microbiólogo de alimentos
Magíster en inocuidad agroalimentaria
301 319 2047
314 807 9348
jaiberpradaalimentos@gmail.com
jaiberpradaalimentos

No. 117219 - 25

JAIBER YOBANY PRADA RUIZ

CC No. 1.121.819.180 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

CERTIFICA

Que JOSE JESÚS CARAUCAN ALVAREZ, identificado(a) con C.C No. 5290074.
Realizó la capacitación en:
MANIPULACIóN DE ALIMENTOS Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA,
el día 15 de abril de 2025, con una intensidad de 5 horas.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado(a), el día 15 de abril de 2025



JAIBER YOBANY PRADA RUIZ
CC No. 1.121.819.180 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

CONSULTA LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO

*Documento personal e intransferible, cualquier modificación u falsificación acarreara problemas legales.

Verifique el sello seco de autenticidad

CERTIFICADO MÉDICO MANIPULADOR DE ALIMENTOS

No. 117219- 25

EMPRESA: PARTICULAR

CIUDAD: VILLAVICENCIO

FECHA: 15/04/2025

DPTO: META

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE JESÚS CARAUCAN ALVAREZ

CC TI CE 5290074

CARGO: MANIPULADOR DE ALIMENTOS

EDAD: null

TELÉFONO: NO REGISTRA

DIRECCIÓN:

LABORATORIOS

COPROLOGICO: Negativo

CULTIVO NASOGARINFEO: Negativo

COPROCULTIVO: Negativo

KOH DE UÑAS: Negativo

DIAGNOSTICO MÉDICO

El paciente no presenta afecciones en la piel que represente un riesgo para la salud pública.

CONCEPTO

Apta Para Manipulacion De Alimentos

En cumplimiento de la resolución 2674 de 2013 articulo 36 parágrafos 1 y 2.

*Documento personal e intransferible, cualquier modificación u falsificación acarreara problemas legales.

CONSULTA LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO

Dr Fernán E Medina E
MÉDICO GENERAL
RM 806/07
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 1152/2012

Firma del Médico

Este certificado está amparado por la resolución 2674 de 2013, capítulo III artículo 11 y 12.

CONCEPTO MÉDICO

Certifica que el paciente se encuentra apto para manipular alimentos, no tiene ninguna patología infectó contagiosa, se encuentra sano sin ninguna restricción.

FECHA EXPEDICIÓN

15/04/2025

Validez de un (1) año

Dr. Hernán E. Medina C.
MÉDICO GENERAL
RM 900/07
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 2162/2010

Firma Médico Especialista
Dr. Hernán Medina C.
Especialista Salud Ocupacional

Este certificado está amparado por la resolución 2674 de 2013, capítulo III artículo 11 y 12.

Este certificado está amparado por la resolución 2674 de 2013, capítulo III artículo 11 y 12.

CONSULTA LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO

JAIBER PRADA

Microbiólogo de alimentos
Magíster en inocuidad agroalimentaria

301 319 2047 - 314 807 9348
jaiberpradaalimentos@gmail.com
jaiberpradaalimentos

No. 117219 -25

En cumplimiento de la resolución 2674 de 2013 articulo 36 parágrafos 1 y 2.

Hace constar que:

JOSE JESÚS CARAUCAN ALVAREZ

con documento de identidad N°

5290074

El portador de este carnet asistió a la capacitación

HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Firma Capacitador
Jaiber Y. Prada Ruiz
Microbiólogo de alimentos
Magíster en inocuidad agroalimentaria

Este certificado está amparado por la resolución 2674 de 2013, capítulo III artículo 11 y 12.

JAIBER PRADA
Microbiólogo de alimentos
Magíster en inocuidad agroalimentaria
301 319 2047
314 807 9348
jaiberpradaalimentos@gmail.com
jaiberpradaalimentos

No. 117220 - 25

JAIBER YOBANY PRADA RUIZ

CC No. 1.121.819.180 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

CERTIFICA

Que YANETT MILAGROS RAMOS MENDOZA, identificado(a) con C.C No. 2944603.
Realizó la capacitación en:
MANIPULACIóN DE ALIMENTOS Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA,
el día 15 de abril de 2025, con una intensidad de 5 horas.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado(a), el día 15 de abril de 2025



JAIBER YOBANY PRADA RUIZ
CC No. 1.121.819.180 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

CONSULTA LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO

*Documento personal e intransferible, cualquier modificación u falsificación acarreara problemas legales.

Verifique el sello seco de autenticidad

CERTIFICADO MÉDICO MANIPULADOR DE ALIMENTOS

No. 117220- 25

EMPRESA: PARTICULAR

CIUDAD: VILLAVICENCIO

FECHA: 15/04/2025

DPTO: META

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: YANETT MILAGROS RAMOS MENDOZA

CC TI CE 2944603

CARGO: MANIPULADOR DE ALIMENTOS

EDAD: null

TELÉFONO: NO REGISTRA

DIRECCIÓN:

LABORATORIOS

COPROLOGICO	Negativo	CULTIVO NASOGARINFEO	Negativo
COPROCULTIVO	Negativo	KOH DE UÑAS	Negativo

DIAGNOSTICO MÉDICO

El paciente no presenta afecciones en la piel que represente un riesgo para la salud pública.

CONCEPTO

Apta Para Manipulacion De Alimentos

En cumplimiento de la resolución 2674 de 2013 articulo 36 parágrafos 1 y 2.

*Documento personal e intransferible, cualquier modificación u falsificación acarreara problemas legales.

CONSULTA LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO

Dr Fernán E Medina E
MÉDICO GENERAL
RM 806/07
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 1152/2012

Firma del Médico

Este certificado está amparado por la resolución 2674 de 2013, capítulo III artículo 11 y 12.

CONCEPTO MÉDICO

Certifica que el paciente se encuentra apto para manipular alimentos, no tiene ninguna patología infectó contagiosa, se encuentra sano sin ninguna restricción.

FECHA EXPEDICIÓN

15/04/2025

Validez de un (1) año

Dr. Hernán E. Medina C.
MÉDICO GENERAL
RM 900/07
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
RES. 2162/2010

Firma Médico Especialista
Dr. Hernán Medina C.
Especialista Salud Ocupacional

Este certificado está amparado por la resolución 2674 de 2013, capítulo III artículo 11 y 12.

CONSULTA LA VALIDEZ DE ESTE CERTIFICADO

JAIBER PRADA

Microbiólogo de alimentos
Magíster en inocuidad agroalimentaria

301 319 2047 - 314 807 9348
jaiberpradaalimentos@gmail.com
jaiberpradaalimentos

No. 117220 -25

En cumplimiento de la resolución 2674 de 2013 articulo 36 parágrafos 1 y 2.

Hace constar que:

YANETT MILAGROS RAMOS MENDOZA

con documento de identidad N°

2944603

El portador de este carnet asistió a la capacitación

HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Firma Capacitador
Jaiber Y. Prada Ruiz
Microbiólogo de alimentos
Magíster en inocuidad agroalimentaria

Este certificado está amparado por la resolución 2674 de 2013, capítulo III artículo 11 y 12.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
ZAMORA	GONZALEZ	DURANY

C.C. ◉ C.E. ○ PAS ○ 1.120.369.684	SEXO F X M	NACIONALIDAD PAÍS
		COLOMBIANA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE Nº D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 12 MES 01 AÑO 1993	CENTRO POBLADO DE PUERTO CALDAS
PAÍS COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA DEPTO META
DEPTO META	MUNICIPIO GRANADA
MUNICIPIO GRANADA	TELÉFONO 3118346149 EMAIL duranisamora@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*FECHA DE GRADO*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		MES 12 AÑO 2009
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC (TÉCNICA)	4	X		TECNICO ESPECIALIDAD GUIANZA TURISTICA	12	2009	

ESPECIFIQUE 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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPORACION ORINOQUIA VIVA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	GRANADA	Orinoquia.viva2018@gmail.com
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
3132582226	DIA 1 MES 8 AÑO 2021	DIA 20 MES 12 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
AUXILIAR DE COCINA	ALIMENTOS	CRA 42 No. 49 a Barrio los Alcazares

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TOLIMA	GUAMO	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
			COLOMBIA

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

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**1**	

5 FIRMA DEL EMPLEADO 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 PUBLICA.

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

Durony Zamora Gonzalez

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.120.369.684
ZAMORA GONZALEZ
APELLIDOS
DURANY
NOMBRES

Durany Zamora Gonzalez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1993
GRANADA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-FEB-2011 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

0052542127A 2 7234180205

CORPORACION
FILANTROPOS

NIT.809.012.325-5

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO "FILANTROPOS"

CERTIFICA QUE

La señora, **DUNARY ZAMORA GONZALEZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **.120.369.684 de Granada Meta,** estuvo vinculada a esta entidad mediante contrato individual de trabajo por obra o labor contratada desde el día cinco (05) de junio del 2023 hasta el día treinta (30) de junio del 2023 como **MANIPULADORA DE ALIMENTOS** para la preparación y suministro de raciones Alimentarias diarias para los aprendices y trabajadores Oficiales del SENA Centro Agroindustrial, sede los naranjos de Granada Meta, con una asignación mensual del salario mínimo para la vigencia del año 2023, desempeñándose con un alto sentido de responsabilidad, compromiso y cumplimiento de todas las obligaciones contractuales.

La presente certificación se expide a los quince (15) días del mes de febrero del 2024, a solicitud de la interesada.

Cordialmente,

ANA MARCELA PEREZ RODRIGUEZ
Representante Legal.

Preparó: Alicia V.
Area de Recursos Humanos

CORPORACIÓN ORINOQUIA VIVA

NIT. 900126928-6

CERTIFICA QUE:

La señora Durany Zamora González identificada con cedula de ciudadanía N°1.120.369.684 de Granada Meta, laboro en nuestra empresa a partir del 01 de agosto del año 2021 hasta el 20 de diciembre del 2022, desempeñando el cargo de auxiliar de cocina, con un contrato Obra labor.

La presente se expide a solicitud del interesado a los (30) días del mes de mayo de 2023 en la ciudad de Villavicencio.

En constancia de lo anterior firma:

Orlando Bastos Palomino

Director ejecutivo

Nit .900.126.928-6

Dirección: Car.42 N°49ª – 04 Barrio Los Alcázares
Cel.3132582226-3134571871 correo: Orinoquia.viva2018@hotmail.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011815358	1|9|0|2|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
ZAMORA (Primer apellido)	GONZALEZ (Segundo apellido)	DURANY (Primer nombre)	(Segundo nombre)

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1120369684	Femenino ☒ Masculino ☐	1|2|0|1|1|9|9|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia			
CR 5 1 08 — Dirección	Telefono fijo	3118346149 — Telefono celular	DURANISAMOA@GMAIL.COM — Correo electronico
GRANADA — Municipio/Distrito	zona: Urbana ☒ Rural ☐	CENTRO — Localidad / comuna	META — Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad			Condición	
			Tipo F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		MULTISALUD GRANADA - MULTISALUD GRANADA	MULTIGRANA - MULTIGRANA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO	NIT	809012325	01

39.Ubicación				
CL 71 2 A 22 URB VALPARAISO II SORBONA — Dirección	2683706 — Teleéfono	CORPORACIONFILANTROPOS@GMAIL.COM — Correo electrónico	IBAGUE — Municipio/distrito	TOLIMA — Departamento

No de Radicacion
4011815358

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|9|0|2|2|0|2|4

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49.☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Durany Zamora Gonzalez.

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

CORPORACION PARA LA GESTIÓN Y DESARROLLO HUMANO FILANTROPOS NIT: 809.012.325

55. El empleador/aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

ARL | sura

Medellín, 16 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPOS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000111 SENA GRANADA SEDE LOS NARANJOS - ALIMENTACION R3		Clase: 3	Porcentaje Cotización:	2.436 %	
C1120369684	ZAMORA GONZALEZ DURANY	19/02/2024		152F1862	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/02/2024 09:51:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.115.136.199, 192.230.104.11, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

M & V ASESORIAS

NIT 40306079-1

EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 2674 DE 2013
ARTICULO 36 PARRAGRAFOS 1 Y 2

HACE CONSTAR QUE:

DURANY ZAMORA GONZALEZ
Con Documento de identidad No: 1.120.369.684 de Granada Meta
Asistió a la capacitación

HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
Con una duración de 10 horas, dado en los días 28 y 29 de mayo de 2023 en la ciudad de Granada Meta.
En testimonio de lo anterior se firma la presente en Granada Meta 2023-05-31

Firmado por
Ingrid Zuleima Malagón Arango
Ingeniera de alimentos

2023-05-31
VALIDEZ DE UN AÑO

Certificado de asistencia capacitación en manipulación de alimentos N°1662

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Calle 20 N° 39 - 54 Barrio Camoa
Tel. 6828888 - 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

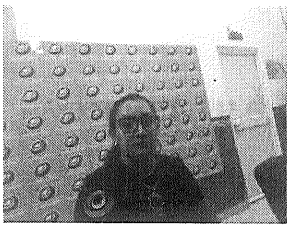
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 13518 Fecha Examen: 2024-02-17 Hora: 08:06:11

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPICO 809012325 SECTOR: -

ENT. MISIÓN: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTRO 809012325 CIUDAD: IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: DURANY APELLIDOS: ZAMORA GONZALEZ

IDENTIFICACIÓN: 1120369684 FECHA DE NACIMIENTO: 12 de Enero de 1993 EDAD: 31

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: TECNICO CARGO: AUXILIAR DE COCINA

ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: SIN AFILIACIÓN

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Coprologico, Examen Medico Ocupacional, Frotis Faringeo, Koh De Unas, Manipulación De Alimentos

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: Si

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para manipulación de alimentos: Si

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

-DIETA HIPOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. -REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 ? 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. -HIGIENE POSTURAL. -AUTOCUIDADO. -REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA. -USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
VALORACION ´POR NUTRICION Y DIETETICA POR EPS

KEVIN ANDRES MONTES DURANGO
Médico especialista en SST
Reg. no. 1047462218
Licencia no. 1425 DE 2022



Durany Zamora Gonzalez

Atendido por: MONTES DURANDO KEVIN ANDRES
Registro Médico: 1047462218
Licencia S.O.: 1425-2022

Paciente: ZAMORA GONZALEZ DURANY
Identificación: 1120369684

PROTEGER I.P.S.

CERTIFICADO DE APTITUD MANIPULADOR DE ALIMENTOS



Carné Nº: 13518

CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTR(
ZAMORA GONZALEZ DURANY
C.C. 1120369684
Sexo: F G.S. A+

Se expide en GRANADA: 2024-02-17
Validez: Un (1) año.

Válido solo para Laborar en: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPOS

De acuerdo a la Evaluación Médica Ocupacional realizada, consideramos el aspirante es APTO para desempeñarse como MANIPULADOR DE ALIMENTOS, y siguiendo los lineamientos del Artículo 11 del Resolución 2674 de 2013 esta IPS procede a expedir certificado en el consta la aptitud del aspirante para manipulación de alimentos.

El aspirante se realizó los siguientes exámenes:

- ANEXO OSTEOMUSCULAR - COPROLOGICO - EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - FROTIS FARINGEO - KOH DE UNAS - MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

KEVIN ANDRES MONTES DURANGO
Médico especialista en SST
Reg. no 1047462218
Licencia no. 1425 DE 2022

MONTES DURANDO KEVIN ANDRES
Firma y sello del profesional

GRANADA
Tel.:

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
Lozano	Reyes	Marinela

	SEXO	NACIONALIDAD / PAÍS
C.C. (●) C.E. ( ) PAS ( ) 52.354.942	F X M	COLOMBIANA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE N° D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES 10 AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Meta

MUNICIPIO Granada

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 13 manzana A5 casa 4 Villa Haidy

PAÍS Colombia DEPTO Meta

MUNICIPIO Granada

TELÉFONO 3102934749 EMAIL marynelalozano@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES 1 1 AÑO 2 0 1 4
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC (TÉCNICA)		X		TC Agroindustria Alimentaria	9	2022	

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

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPORACIÓN FILANTROPOS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	Granada	corporacionfilantropos@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
602683706	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Obra labor	Manipuladora de alimentos	calle 71 #2 A - 22

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPORACIÓN FILANTROPOS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	Granada	corporacionfilantropos@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
602683706	DIA 17 MES 4 AÑO 2023	DIA 14 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Obra labor	Manipuladora de alimentos	calle 71 #2 A - 22

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
SOGA DE COLOMBIA S.A.S		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	Granada	servicioalcliente@sogadecolombia.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3182711413	DIA 26 MES 2 AÑO 2019	DIA 18 MES 8 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Obra labor	Cocinera	Carrera 4 #17 04

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPORACIÓN ORINOQUIA		X	COLMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	Granada	orinoquia.viva2018@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3202422014	DIA 1 MES 1 AÑO 2016	DIA 10 MES 1 2 AÑO 20216

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Obra labor	Jefe de cocina	carrera 42 # 49a - 04

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
PIMIENTA GOURMET RESTAURANTE - BAR		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	Granada	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
312552497	DIA 10 MES 2 AÑO 2017	DIA 10 MES 1 2 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Obra labor	Manipuladora de alimentos	Carrera 18 # 15- 24

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL EMPLEADO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO ( ) 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 PUBLICA.

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

_____

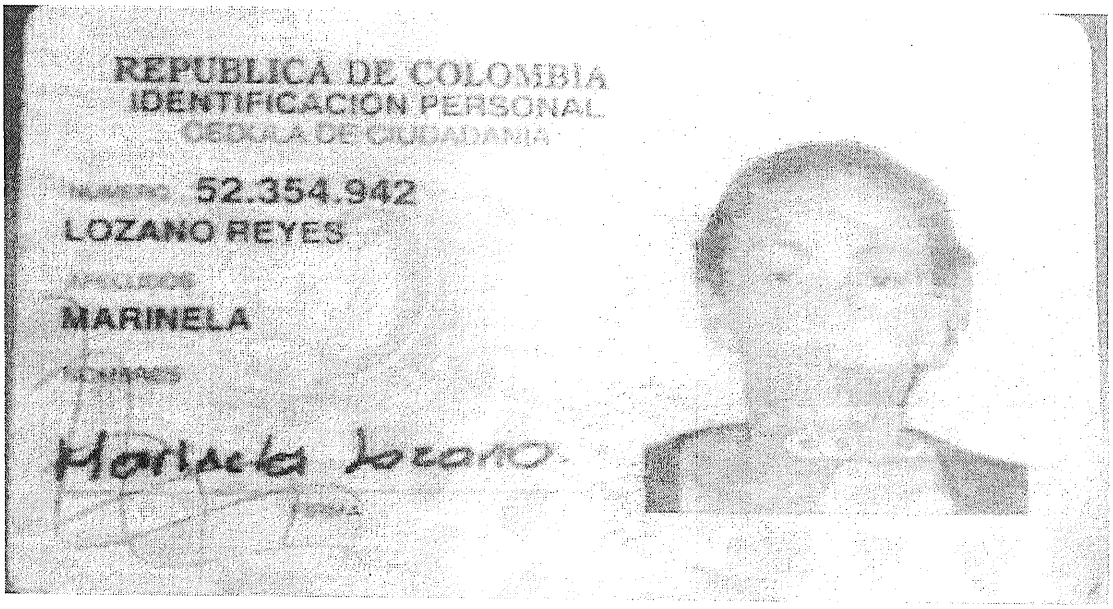
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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 52.354.942
LOZANO REYES
APELLIDOS
MARINELA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1979
GRANADA (BOCA DE MONTE)
GRANADA (META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-ABR-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional

Y en su nombre la

Institución Educativa

General Santander

Granada - Meta

Institución oficial autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento
según Res. No. 0081 del 12 de Noviembre de 2010, Educación Formal Oficial Cal. A
DANE 150139000858 NIT 822001027-7 R.S.C. N° 1 D 28 3291
ICFES: 156750

Confiere a:

Marinela Lozano Reyes

Identificado (a) con C.C. N° 52542942 de Bogotá Cundinamarca

El Título de:

Bachiller - Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes, que lo habilitan plenamente para ingresar al nivel de educación Superior.

Lic. Mirna Elsa Rendón Peñaloza
C.C. No. 31.440.287 de la Victoria (Valle)
Rectora

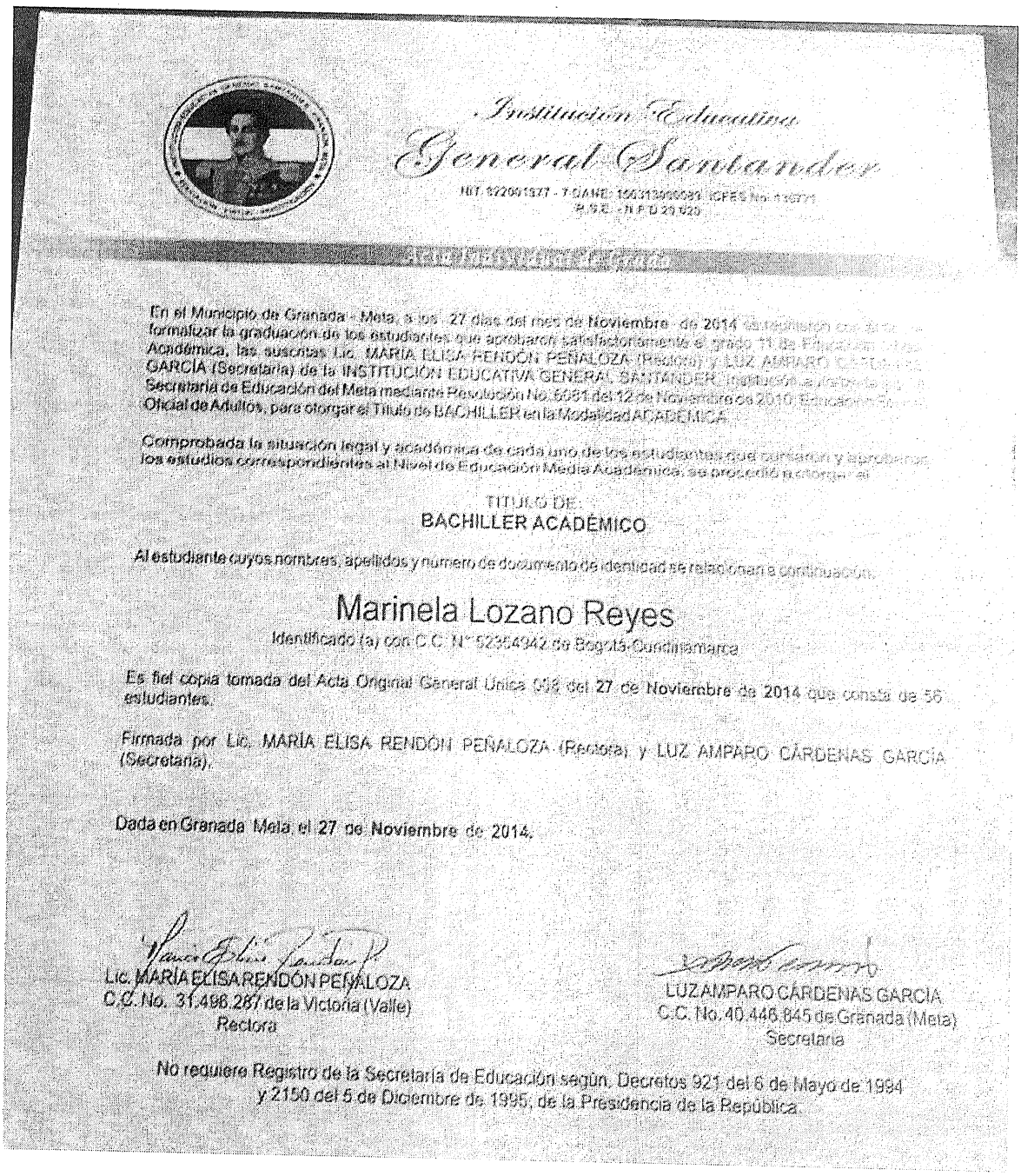
Esp. Angela Cardenas Garcia
C.C. No. 40.240.844 de Granada (Meta)
Secretaria

Anotado al folio No. ____ del libro de Registro de Graduados

Acta General de Graduación No. 008

Dado en Granada - Meta, a los 27 días del mes de Noviembre de 2014

Con Registro 150139 de la Secretaría de Educación según Resolución No. 0081 de Marzo de 2004
y 2320 del 15 de Diciembre de 2006, de la Presidencia de la República



Institución Educativa
General Santander

NIT. 892001977 - 7 DANE: 150313000081 ICFES No. 113771
R.G.E. - N.P.D 29.020

ACTA DE GRADO

En el Municipio de Granada - Meta, a los 27 días del mes de Noviembre de 2014 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes que aprobaron satisfactoriamente el grado 11 de Educación Media Académica, las suscritas Lic. MARÍA ELISA RENDÓN PEÑALOZA (Rectora) y LUZ AMPARO CÁRDENAS GARCÍA (Secretaria) de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA GENERAL SANTANDER, Institución aprobada por la Secretaría de Educación del Meta mediante Resolución No. 5081 del 12 de Noviembre de 2010 Educación Básica Oficial de Adultos, para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad ACADÉMICA.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el

TITULO DE:
BACHILLER ACADÉMICO

Al estudiante cuyos nombres, apellidos y numero de documento de identidad se relacionan a continuación.

Marinela Lozano Reyes

Identificado (a) con C.C. N° 52354942 de Bogotá-Cundinamarca

Es fiel copia tomada del Acta Original General Única 038 del 27 de Noviembre de 2014 que consta de 56 estudiantes.

Firmada por Lic. MARÍA ELISA RENDÓN PEÑALOZA (Rectora) y LUZ AMPARO CÁRDENAS GARCÍA (Secretaria).

Dada en Granada Meta el 27 de Noviembre de 2014.

Lic. MARÍA ELISA RENDÓN PEÑALOZA
C.C. No. 31.496.287 de la Victoria (Valle)
Rectora

LUZ AMPARO CÁRDENAS GARCÍA
C.C. No. 40.446.845 de Granada (Meta)
Secretaria

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

CORPORACION FILANTROPOS

NIT.809.012.325-5

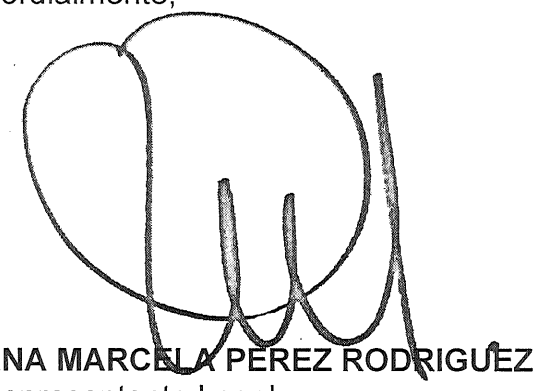
LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO "FILANTROPOS"

CERTIFICA QUE

La señora, **MARINELA LOZANO REYES**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **52.354.942 de Bogotá D.C.**, estuvo vinculada a esta entidad mediante contrato individual de trabajo por obra o labor contratada desde el día diecisiete (17) de abril del 2023 hasta el día catorce (14) de diciembre del 2023 como **MANIPULADORA DE ALIMENTOS** para la preparación y suministro de raciones Alimentarias diarias para los aprendices y trabajadores Oficiales del SENA Centro Agroindustrial, sede los naranjos de Granada Meta, con una asignación mensual del salario mínimo para la vigencia del año 2023, desempeñándose con un alto sentido de responsabilidad, compromiso y cumplimiento de todas las obligaciones contractuales.

La presente certificación se expide a los quince (15) días del mes de febrero del 2024, a solicitud de la interesada.

Cordialmente,



ANA MARCELA PEREZ RODRIGUEZ
Representante Legal.

Preparó: Alicia V.
Area de Recursos Humanos

SOGA COLOMBIA

SOGA DE COLOMBIA S.A.S
NIT. 900.451.723-6

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que **MARINELA LOZANO REYES** identificada con cédula de ciudadanía No **52.354.942** de Bogotá. Laboró en la compañía en los siguientes periodos:

TIEMPO DE SERVICIO	TIPO DE CONTRATO:	CARGO
Del 18 agosto de 2020 al 18 de enero de 2021	Obra o labor	Cocinera.
Del 26 enero de 2020 al 16 de Marzo de 2020	Ora o Labor	Cocinera.
Del 26 de febrero de 2019 al 26 de diciembre 2019.	Ora o Labor	Cocinera.

Para más información, comunicarse con el departamento de talento humano al celular 318 2711413

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada a los 18 días del mes de enero de 2021

María Martínez

MARÍA EUGENIA MARTINEZ ROMAN
Líder Talento Humano (e).

SOGA DE COLOMBIA S.A.S
NIT. 900.451.723-6

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **MARINELA LOZANO REYES**, identificado (a) con cedula de ciudadanía **No. 52.354.942** laboró en la compañía desde el 26 de enero de 2020 hasta el 16 de marzo de 2020, desempeñado el cargo de **COCINERA,** en un contrato de trabajo a término fijo inferior a un (1) año.

La presente certificación se expide a solicitud del (la) interesado (a) el **17 de marzo de 2020.**

LEIDY PAOLA ESPINOSA MENDEZ
Líder Talento Humano
SOGA DE COLOMBIA S.A.S

Marinela Lozano Reyes

Hoja de vida

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

MARINELA LOZANO REYES, identificado(a) con cédula de ciudadanía 32.353.812, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**

La presente certificación se expide el 24 de Marzo del 2021

Cordialmente,

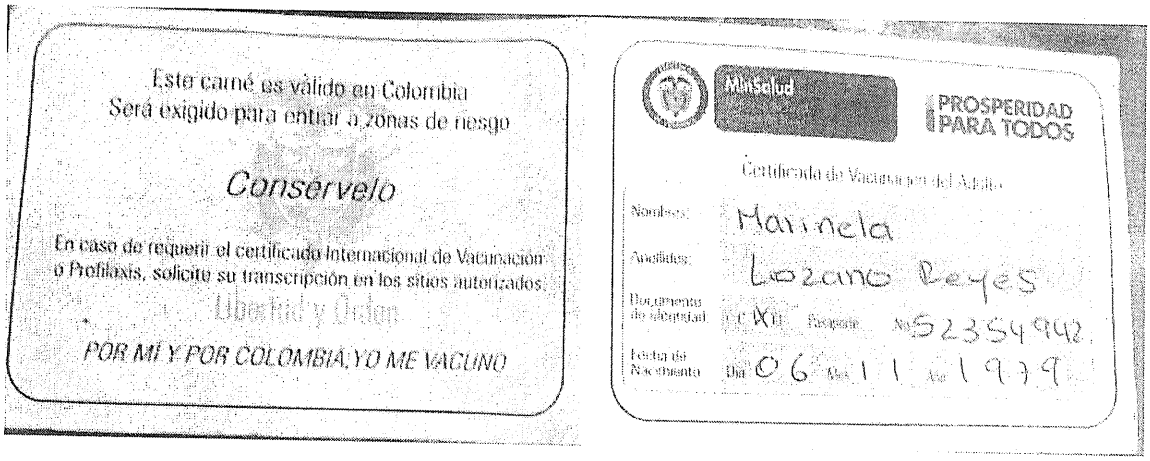
Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios ya que su pensión, sus beneficios y los ingresos que desea cuando obtenga su beneficio pensional

Marinela Lozano Reyes

Marinela Lozano Reyes



Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Conservelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Minsalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Marinela

Apellidos: Lozano Reyes

Documento de identidad: C.C. Pasaporte No. 52354942

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 11 Año 1979

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	11-10-18	Serum 22 FS013 16A	
	2	11-11-18	Serum 22 FS013 16A	
	3	15-05-19	Serum 22 FS013 16A	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	11-10-18	Sanofi AJ005339	
	2	2-1-19	03286030A	
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	V	11-10-18	Sanofi N3N99	
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
HEPATITIS A		15-05-19	MSD R006U	

Marinela Lozano Reyes

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011815421	1|9|0|2|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
LOZANO (Primer apellido)	REYES (Segundo apellido)	MARINELA (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	52354942	Femenino ☒ Masculino ☐	0|6|1|0|1|9|7|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

CL 3 NO 15 58 PALMA REAL		3102934749	MARINELALOZANO@GMAIL.COM
Dirección	**Telefono fijo**	**Telefono celular**	**Correo electronico**
GRANADA	zona Urbana ☒ Rural ☐	CENTRO	META
Municipio/Distrito		**Localidad / comuna**	**Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	MULTISALUD GRANADA - MULTISALUD GRANADA	MULTIGRANA - MULTIGRANA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO	NIT	809012325	01

39.Ubicación

CL 71 2 A 22 URB VALPARAISO II SORBONA	2683706	CORPORACIONFILANTROPOS@GMAIL.COM	IBAGUE	TOLIMA
Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento

No de Radicacion
4011815421

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|9|0|2|2|0|2|4

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49.☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52.☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53.☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Marinela Lozano

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPOS NIT: 809.012.325-5

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

ARL | sura

Medellín, 16 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPOS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000111 SENA GRANADA SEDE LOS NARANJOS - ALIMENTACIÓN R3	Clase: 3		Porcentaje Cotización:	2.436 %	
C52354942	LOZANO REYES MARINELA	19/02/2024		9B24148m	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/02/2024 09:45:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.115.136.199, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

M & V ASESORIAS

NIT 40306079-1

EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 2674 DE 2013
ARTICULO 36 PARRAGRAFOS 1 Y 2

HACE CONSTAR QUE:

MARINELA LOZANO REYES
Con Documento de identidad N° 52.354.942 de Granada Meta
Asistió a la capacitación

HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
Con una duración de 10 horas, dado en los días 30 y 31 de marzo de 2023 en la ciudad de Granada Meta.
En testimonio de lo anterior se firma la presente en Granada Meta 2023-04-03

Firmado por
Ingrid Zuleima Malagón Arango
Ingeniera de alimentos

2023-04-03
VALIDEZ DE UN AÑO

Certificado de asistencia capacitación en manipulación de alimentos N°1601

Powered by CamScanner

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Calle 20 N° 39 - 54 Barrio Camoa
Tel. 6828888 - 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

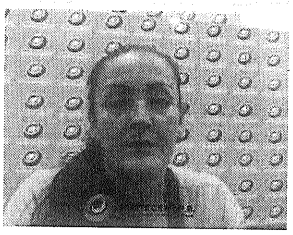
CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 5852 Fecha Examen: 2023-04-14 Hora: 09:09:20

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPICO 809012325 SECTOR: -
ENT. MISIÓN: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTRO 809012325 CIUDAD: IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: MARINELA APELLIDOS: LOZANO REYES
IDENTIFICACIÓN: 52354942 FECHA DE NACIMIENTO: 06 de Octubre de 1979 EDAD: 43
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: COCINERA
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Anexo Osteomuscular, Coprologico, Frotis Faringeo, Koh De Unas, Manipulación De Alimentos

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para manipulación de alimentos: Si

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HÁBITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA, UTILIZAR PROTECTOR SOLAR DIARIO,

Carol Vanesa 64

Dra. Carol Vanesa Gutiérrez Higuera
Médico General
RM 1121935310
Especialista en Salud Ocupacional
Res. No. 13873

Atendido por: CAROL VANESA GUTIERREZ HIGUERA
Registro Médico: 1121935310
Licencia S.O.: 13973 DE 04/11/2021



Marinela Lozano

Paciente: LOZANO REYES MARINELA
Identificación: 52354942

PROTEGER I.P.S.

CERTIFICADO DE APTITUD MANIPULADOR DE ALIMENTOS



Carné Nº: 5852

CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTR(
LOZANO REYES MARINELA
C.C. 52354942
Sexo: F G.S. A+

Se expide en GRANADA: 2023-04-14
Validez: Un (1) año.

Válido solo para Laborar en: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPOS

De acuerdo a la Evaluación Médica Ocupacional realizada, consideramos el aspirante es APTO para desempeñarse como MANIPULADOR DE ALIMENTOS, y siguiendo los lineamientos del Artículo 11 del Resolución 2674 de 2013 esta IPS procede a expedir certificado en el consta la aptitud del aspirante para manipulación de alimentos.

El aspirante se realizó los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - ANEXO OSTEOMUSCULAR - COPROLOGICO - FROTIS FARINGEO - KOH DE UNAS - MANIPULACIóN DE ALIMENTOS

Carol Vanesa GH

Dra. Carol Vanesa Gutiérrez Higuera
Médico General
RM 1121935310
Especialista en Salud Ocupacional
Res. No. 13873

CAROL VANESA GUTIERREZ HIGUERA
Firma y sello del profesional

GRANADA
Tel.:

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA	NOMBRES
RAMIREZ	BERMUDEZ	RUBIELA

	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ◉ C.E. ○ PAS ○	F X M		COLOMBIANA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE Nº D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1 0 MES 9 AÑO 19 88

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO GRANADA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO GRANADA

TELÉFONO 3227547379 EMAIL rubielaramires929@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*FECHA DE GRADO*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		MES 11 27 AÑO 2 0 2 1
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGÍSTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

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

ESPECIFIQUE 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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
META	GRANADA			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
				COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TOLIMA	GUAMO			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
	DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL EMPLEADO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI **X** NO ◯ E 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 PUBLICA.

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

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

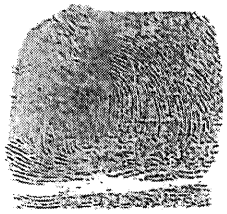
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.120.357.991
RAMIREZ BERMUDEZ
APELLIDOS
RUBIELA
NOMBRES

Rubiela Ramirez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-1988
GRANADA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-OCT-2006 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5203500-00732040-F-1120357991-20150810 0045754209A 1 42851178

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2 Concepto: 0 1 Inscripción

4 Número de formulario: 14907304598

5 Número de Identificación Tributaria (NIT)	6 DV	12 Dirección seccional	14 Buzón electrónico
1 1 2 0 3 5 7 9 9 1	3	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24 Tipo de contribuyente	25 Tipo de documento	26 Número de Identificación	27 Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1120357991	2006 10 17

Lugar de expedición	28 País	29 Departamento	30 Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Granada 3 1 3

31 Primer apellido	32 Segundo apellido	33 Primer nombre	34 Otros nombres
RAMIREZ	BERMUDEZ	RUBIELA	

35 Razón social

36 Nombre comercial	37 Sigla

UBICACIÓN

38 País	39 Departamento	40 Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Granada 3 1 3

41 Dirección principal: MZ 27 CA 7 BRR SABANAS FASE II

42 Correo electrónico: rubielaramires928@gmail.com

43 Código postal	44 Teléfono 1	45 Teléfono 2
	3 2 2 7 5 4 7 3 7 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46 Código	47 Fecha inicio actividad	48 Código	49 Fecha inicio actividad	50 Código 1	2	51 Código	52 Número establecimientos
1 0 8 4	2 0 1 8 0 4 0 9	8 2 9 9	2 0 1 8 0 4 0 9				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59 Anexos: SI [X] NO [ ] | 60 No de Folios: 3 | 61 Fecha: 2023 - 04 - 10 / 09 : 13 : 51

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso)
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice
Firma autorizada

984 Nombre: RAMIREZ BERMUDEZ RUBIELA

985 Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 10-04-2023 09:13:54AM

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO
INSTITUTO POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL
"Capacitando el Hombre del Mañana con Criterio Social"
Aprobado por la Secretaria de Educación Departamental Según Resolución No.449 del 28 de Junio de 2000
DANE 350001006607- ICFES 088146

Acta de Grado de Bachiller

En la ciudad de Villavicencio Departamento del Meta a los veintisiete (27) días del mes de noviembre del año 2021, se reunieron la Rectora y secretaria, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último Ciclo (VI) de Educación Media, Establecimiento Educativo reconocido por la Secretaría de Educación, para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO.
Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación.

Rubiela Ramírez Bermúdez
C.C. 1.120.357.991 de Granada

Es fiel copia tomada del Acta Original N° 234 a los veintisiete (27) días del mes de noviembre del año 2021. La cual consta de 32 estudiantes iniciando con el nombre de ERMINSUL ARCILA BEJARANO y se cierra con el nombre de JUAN CARLOS ZULETA GUTIERREZ.

Firmada por DAMARIS MARIA AGUDELO CASTAÑO actuando en calidad de Rectora y LAURA ALEJANDRA PEREZ REYES Como secretaria, a los veintisiete (27) días del mes de noviembre del año 2021.

El Diploma y el Acta de Grado están exentos de Registro en la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1999, expedido por el Ministerio de Educación Nacional.
Se expide a los veintisiete días del mes de noviembre del 2021.

Firmada y Sellada

INSTITUTO POLITECNICO AGROINDUSTRIAL — RECTORA

DAMARIS MARIA AGUDELO CASTAÑO
C.C. 40.391.979 Villavicencio
Rectora.

INSTITUTO POLITECNICO AGROINDUSTRIAL — SECRETARIA

LAURA ALEJANDRA PEREZ REYES
C.C. 1.121.957.732 Villavicencio
Secretaria.

Digitó: Angella Fernanda Gualteros Saldaña

La República de Colombia

El

Ministerio de Educación Nacional

y

en su nombre

el

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO INSTITUTO POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL

Aprobado por la Secretaria de Educación del Meta según Resolución N° 449 de Junio 28 de 2.000

Confiere a:

Rubiela Ramírez Bermúdez

C.C. 1.120.357.991 De Granada

El Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber logrado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según planes y programas vigentes en el P.E.I.

INSTITUTO POLITECNICO AGROINDUSTRIAL SECCION BACHILLERATO

Rector

Alejandra Perez

Secretario

Serial 16 Folio 447 Libro 02 Acta 234

Expedido en: Villavicencio a los Veintisiete(27) días del mes de Noviembre de 2021

CORPORACION
FILANTROPOS

NIT.809.012.325-5

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO "FILANTROPOS"

CERTIFICA QUE

La señora, **RUBIELA RAMIREZ BERMUDEZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.120.357.991 de Granada Meta**, estuvo vinculada a esta entidad mediante contrato individual de trabajo por obra o labor contratada desde el día diecisiete (17) de abril del 2023 hasta el día catorce (14) de diciembre del 2023 como **MANIPULADORA DE ALIMENTOS** para la preparación y suministro de raciones Alimentarias diarias para los aprendices y trabajadores Oficiales del SENA Centro Agroindustrial, sede los naranjos de Granada Meta, con una asignación mensual del salario mínimo para la vigencia del año 2023, desempeñándose con un alto sentido de responsabilidad, compromiso y cumplimiento de todas las obligaciones contractuales.

La presente certificación se expide a los quince (15) días del mes de febrero del 2024, a solicitud de la interesada.

Cordialmente,

ANA MARCELA PEREZ RODRIGUEZ
Representante Legal.

Preparó: Alicia V.
Area de Recursos Humanos

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Tramite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliacion X B. Reporte de Novedades	A. Individual Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	A. Contributivo B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y Nombres			
RAMIREZ	BERMUDEZ	RUBIELA	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CC	1.120.357991	Femenino X Masculino	10 09 1998		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo (E N M) Condición (I P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotizante - IBC
SURA	PORVENIR	$1.300.000.

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
MZ 27 CASA 7 B/ SABANAZ		3227547379	rubielaramirez2929@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento
GRANADA	Urbana X	SABANAZ	META

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. N°del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
		Femenino Masculino		

Municipio/Distrito	Zona Urbana / Rural	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de Nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo E	N	M	Condicion I	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia	Zona U	R	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1		U	R				
B2		U	R				
B3		U	R				
B4		U	R				
B5		U	R				

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razon social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Corporacion Filantropo	Nit	809.012.325 - 5	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Calle 71 #24-22	6082683706		Ibague	Tolima.

VIGILADO SUPERSALUD

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificacion de los datos básicos de identificacion.
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identidad.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminacion de la inscripción en la EPS. Código
6. Reinscripción en la EPS.
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
10. Terminacion de la relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando.
11. Vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Regimen Contributivo B. Regimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Regimen B. Diferente Regimen
15. Reporte de fallecimiento.
16. Reporte del tramite de proteccion al cesante.
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento D D M M A A A A

42. Fecha D D M M A A A A 19-02-2024

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

19-02-2024

46. Declaracion de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. Declaracion de la no obligación de afiliarse al régimen Contributivo, Especial o de Excepcion

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorizacion para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorizacion para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiario s o afiliado s adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Yubiela Ramirez

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario

CORPORACION PARA LA GESTIÓN DESARROLLO HUMANO FILANTROPOS NIT: 809.012.325-5

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN TI PA CD Total

RC CC CE SC

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la union marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaracion suscrita por el cotizante sobrela ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del departamento	67. Datos del SISBEN Numero de Ficha / Puntuje / Nivel	68. Fecha de Radicación D D M M A A A A 69. Fecha de Validacion D D M M A A A A

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del Funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario

VIGILADO SUPERSALUD

ARL | sura

Medellín, 16 de February de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPOS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000111 SENA GRANADA SEDE LOS NARANJOS - ALIMENTACION R3		Clase: 3		Porcentaje Cotización:	2.436 %
C1120357991	RAMIREZ BERMUDEZ RUBIELA	19/02/2024		14432210	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/02/2024 09:42:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.115.136.199, 192.230.104.11, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Calle 20 N° 39 - 54 Barrio Camoa
Tel. 6828888 - 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 5850 Fecha Examen: 2023-04-14 Hora: 08:40:00

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPO 809012325 SECTOR: -
ENT. MISIÓN: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTRO 809012325 CIUDAD: IBAGUE

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: RUBIELA APELLIDOS: RAMIREZ BERMUDEZ
IDENTIFICACIÓN: 1120357991 FECHA DE NACIMIENTO: 10 de Septiembre de 1988 EDAD: 34
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA CARGO: N/A
ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: CAJACOPI AFP: SIN AFILIACIÓN

EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Anexo Osteomuscular, Coprologico, Frotis Faringeo, Koh De Unas, Manipulación De Alimentos

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Apto para manipulación de alimentos: Si

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

HIGIENE POSTURAL, MEJORAR SUS HÁBITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA, UTILIZAR PROTECTOR SOLAR DIARIO,

Carol Vanesa GH

Dra. Carol Vanesa Gutiérrez Higuera
Médico General
RM 1121935310
Especialista en Salud Ocupacional
Res. No. 13873

Atendido por: CAROL VANESA GUTIERREZ HIGUERA
Registro Médico: 1121935310
Licencia S.O.: 13973 DE 04/11/2021



Rubiela Ramirez

Paciente: RAMIREZ BERMUDEZ RUBIELA
Identificación: 1120357991

PROTEGER I.P.S.

CERTIFICADO DE APTITUD MANIPULADOR DE ALIMENTOS



Carné Nº: 5850

CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTR(
RAMIREZ BERMUDEZ RUBIELA
C.C. 1120357991
Sexo: F G.S. A+

Se expide en GRANADA: 2023-04-14
Validez: Un (1) año.

Válido solo para Laborar en: CORPORACION PARA LA GESTION DEL DESARROLLO HUMANO FILANTROPOS

De acuerdo a la Evaluación Médica Ocupacional realizada, consideramos el aspirante es APTO para desempeñarse como MANIPULADOR DE ALIMENTOS, y siguiendo los lineamientos del Artículo 11 del Resolución 2674 de 2013 esta IPS procede a expedir certificado en el consta la aptitud del aspirante para manipulación de alimentos.

El aspirante se realizó los siguientes exámenes:

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL - ANEXO OSTEOMUSCULAR - COPROLOGICO - FROTIS FARINGEO - KOH DE UNAS - MANIPULACION DE ALIMENTOS

Adriana Carolina Romero Hurtado
C.C: 52789908
Bacteriologa

ROMERO HURTADO ADRIANA CAROLINA
Firma y sello del profesional

GRANADA
Tel.:

NEQUI

Referencia de depósito electrónico

Jueves, 15 de febrero de 2024

A quien pueda interesar:

Nos permitimos informar que **RUBIELA RAMIREZ BERMUDEZ** identificado con cédula de ciudadanía **1120357991**, al día de hoy es titular de un depósito electrónico con las siguientes características:

Número de producto	Número de producto convencional	Estado	Fecha de apertura
3227547379	87062436188	ACTIVA	28-04-2023

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

Cordialmente,

Claudia MB

Claudia Betancourt
Gerente de Promesa Digital

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
SOLUCIONES Colombiana de Pagos