Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Cano | | Dennys Adriana |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C E ( ) PAS ( ) No. 1002332000

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 17 MES 07 AÑO 2002

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tunja

MUNICIPIO: Boyacá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Mz 5 Cs 2 - Barrio Pinos de Oriente

PAÍS: Colombia DEPTO: Tunja

MUNICIPIO: Boyacá

TELÉFONO: 3103014665 EMAIL: Dennysac4@gmail

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

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

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Tecnica Asistencia Adm.

FECHA DE GRADO 04 - 11 - 2019

MES 12 AÑO 2019

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 1 | | X | Técnico laboral en SST | 12 | 2026 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| P&S Prestación de Servicios | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Casanare | Yopal | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3 | DÍA 02 MES 01 AÑO 2026 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Obra o labor - Operaria S.G | | Yopal - Casanare |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| MSD DISTRISERVI S.A.S | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Boyacá | Tunja | div.ghumana@msddistriservi.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3178936546 | DÍA 21 MES 04 AÑO 2025 | DÍA 31 MES 12 AÑO 2025 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Obra o labor - Aux. Serv. Gen. | | Calle 49 #1-47 Tunja-Boy. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

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

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

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

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 2 | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 4 | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Tunja, 30 de Mayo de 2026.

Dennys Cerro.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.002.332.000**

**CANO**

APELLIDOS

**DENNYS ADRIANA**

NOMBRES

Dennys Cano

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **17-JUL-2002**

**TUNJA**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**04-AGO-2020 TUNJA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-0700100-01151443-F-1002332000-20200806 0071421485A 1 8500528575

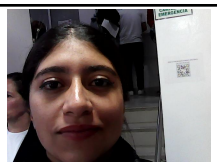
Powered by CamScanner

**ASOCIACION DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.**
**ASSOC S.A.S.**

Transversal 9 No. 28A 50 Barrio Maldonado. Tunja, Boyacá - Colombia
Cel. 317 638 6099 - 316 602 9208
Email: assoc.colombiaocupacional@gmail.com

# CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: DENNYS ADRIANA CANO
Identificación: CC 1002332000
Género: F Fecha de Nacimiento: 2002-07-17 Edad: 23 A
Teléfono: 3103014665
Dirección MZ 13 CASA 2
Residencia: TUNJA
Profesión: OPERARIO
Nivel Educativo: Tecnica Grado de Escolaridad: Completa Estado Civil: Soltero(a)
Empresa: PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
**Empresa en misión:** PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
Actividad económica:
EPS: Sanitas S.A. ARL: Sin información AFP: Porvenir



EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional pre ingreso

Orden No.: 00242581 Fecha apertura: 20251230 07:18:17
Fecha cierre: 20251230 10:56:02
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: Servicios generales

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 1843 de 2025, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

## EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR),TRIGLICERIDOS,COLESTEROL TOTAL,GLICEMIA,AUDIOMETRIA VIA AEREA,EXAMEN OPTOMETRICO

## RECOMENDACIONES LABORALES

CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS LABORALES
MANEJO ADECUADO DE CARGAS
USO DE CORRECCIÓN VISUAL
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN EXPOSICIÓN A RIESGOS

## HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

ACTIVIDAD FÍSICA FRECUENTE

## INCLUIR EN PVE

VISUAL

## RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Control según PVE.
Reposo auditivo extralaboral.

## RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

control cada año.
uso de correccion optica permanente.

## RESTRICCIONES LABORALES

## CONCEPTO DE APTITUD: CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO




Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: JULIE CATHERINE SIERRA ANGULO
**Identificación:** CC 53890796
Especialidad:
Licencia S.O.: 1051 - Exp 06/08/2019 Registro No.: 8820-07

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1002332000

| | | |
|---|---|---|
| Gobernación de Boyacá | FORMATO | VERSIÓN: 0 |
| LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | CÓDIGO: SS-P134-F04 |
| | | FECHA: 26/May/2017 |

**RESOLUCIÓN** 1051

( 06 AGO 2019 )

"Por medio de la cual se renueva una licencia en prestación de servicios de Salud Ocupacional "Seguridad y Salud en el Trabajo"

**El SECRETARIO DE SALUD DE BOYACÁ**

En uso de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social

**CONSIDERANDO:**

Que mediante Resolución No 1050 del 09 de Julio de 2009 expedida por la Secretaría De Salud De Boyacá se otorgó Licencia para la prestación de servicios en salud ocupacional **JULIE CATHERINE SIERRA ANGULO**, identificado(a) con C.C No 53.890.796, como MÉDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES, por vigencia de 10 años, de acuerdo con los requisitos de la Resolución 2318 del 15 de Julio de 1996.

Que la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012, establece que la Expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo, definidos por el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012, estará a cargo de las Secretarias Seccionales y Distritales de Salud, en cumplimiento de la competencia asignada a estas por el inciso primero del artículo 23 de la citada ley.

Que **JULIE CATHERINE SIERRA ANGULO,** identificado (a) con C.C Nº 53.890.796, ha solicitado renovación de licencia de prestación de servicios en Salud Ocupacional, Seguridad y Salud en el mundo del trabajo cumpliendo con los requisitos establecidos en los Artículos 2 de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012 y anexando a su petición la documentación exigida para demostrar formación en un área de la Salud Ocupacional.

Que los documentos fueron verificados por la profesional de la Secretaria de Salud, referente del procedimiento de otorgamiento y renovación de las licencias de Salud Ocupacional.

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO**, renovar licencia en prestación de servicios de Salud Ocupacional Seguridad y Salud en el Trabajo a **JULIE CATHERINE SIERRA ANGULO,** como MÉDICO Y CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES, en los campos de acción:

- Medicina y seguridad y salud en el trabajo.
- Investigación en área técnica
- Investigación del Accidente de trabajo de acuerdo con su competencia según formación académica
- Educación
- Capacitación
- Diseño, administración y ejecución del Sistema de Gestión de la salud y la seguridad en el trabajo.

Scanned by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| GOBERNACIÓN DE Boyacá | FORMATO 1051 | VERSIÓN: 0 |
| | | CÓDIGO: SS-P134-F04 |
| LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | FECHA: 26/May/2017 |



**ARTICULO SEGUNDO**, la licencia que trata el artículo anterior tiene carácter personal e intransferible y es válida en todo el territorio nacional por una vigencia de diez (10) años contados a partir de la ejecutoria de la presente resolución y podrá ser renovada por un término igual.

**ARTICULO TERCERO**, Que los titulares de las licencias, deberán cumplir en el ejercicio de sus actividades con las normas, técnicas y éticas para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo, que para tal fin expida el Ministerio de Salud y Protección Social

**ARTICULO CUARTO**, En contra de la presente resolución, procede los recursos de reposición y apelación en primera y segunda instancia, para ante el Secretario de Salud de Boyacá y Gobernador de Boyacá, respectivamente, según el Artículo 13 de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al de su notificación, según lo preceptuado en la Ley 1437 de 2011.

**ARTICULO QUINTO**, la presente resolución surte efectos a partir de su ejecutoria.

Dado en Tunja a los, 06 AGO 2019

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**GERMAN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ**
Secretario de Salud de Boyacá

**MONICA MARIA LONDOÑO FORERO**
Directora Técnica de Promoción y Prevención en Salud

Elaboro: Judy Edith Ibáñez R
Profesional Universitario

Tunja, 28 - Agosto - 2019
A la fecha notifiqué personalmente al señor(a) Julie Catherine Sierra Angulo
C.C. No 53.890.796
Res No. 1051 fecha expedida 06- AGO-2019
Firma del notificado: Catherine Sierra A
Firma Notificador Angie Carrillo
Secretaria de salud
Cargo: Apoyo Administrativo

*La verificación de este acto administrativo puede ser verificada en la página: www.boyaca.gov.co/ Dependencias / Secretaria de Salud / Tramites y Servicios / Dirección Técnica Salud Pública / Licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en El Trabajo / Relación licencias expedidas por trimestre.*

Scanned by CamScanner

# CERTIFICADO DE VACUNACIÓN



Servicios Integrales de Salud VaQ....
S.A.S. IPS.

*Nuestra Prioridad es su Salud*

Nombre: Deredys Adriana Lara.

Teléfono: 3103014665 C.C. o T. I.: 1002332000.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

| Vacuna | Dosis | Lote | Fecha Aplicación | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Influenza | 1a. Dosis | W3304 IV | 22-11-22 | SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VASAN NIT. 900.430.705- |
| | 2a. Dosis | J1052506 | 10/4/2023 | |
| Fiebre Amarilla | 1 Dosis | Sanofi Pasteur Y3H3201 | 30/12/2025 | Eurbia Reis |
| Hepatitis A | 1a. Dosis | | | |
| | 2a. Dosis | | | |
| F. Tifoidea | 1a. Dosis | | | |
| Hepatitis B | 1a. Dosis | 220600622A | 04-09-2023 | Juan Pantoja |
| | 2a. Dosis | 229HBV001 | 1-11-2023 | SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VASAN NIT. 900.430.705- |
| | 3a. Dosis | 034BQ006C | 19-02-25 | |
| | Refuerzo | | | |
| Varicela | 1a. Dosis | 04-04-2025 | 4C5934 | VACV |
| | 2a. Dosis | 1-C-25 | | Vacunado IPS |
| Triple Viral | 1a. Dosis | A69CF364A | 22-11-22 | |
| T. Tetánico Diftérico | 1a. Dosis | 2708006 21 | 22-11-22 | SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VASAN NIT. 900.430.705- |
| | 2a. Dosis | 2708006 21A | 15-02-23 | |
| | 3a. Dosis | 2208002 22A | 1-11-23 | |
| | 4a. Dosis | 2205004 23C | 19-02-25 | |
| | 5a. Dosis | | | |
| Otros | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner