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
Torres	calixto	Olga Consuelo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1049614020	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 19 MES 10 AÑO 1988	Calle 8 H 15 · 68
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Boyaca
DEPTO Boyaca	MUNICIPIO Tunja
MUNICIPIO Tunja	TELÉFONO 3145756524 EMAIL calixtoolga@

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10 11	MES 07 AÑO 2016
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
P&S Prestacion de servicios		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Tunja	coord.hseq@Prestacion deservicio

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3232844644	DÍA 01 MES 01 AÑO 2016	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
obra y labor	Servicios Generales	Yopal Casanare

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MSD		X	colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Tunja	gestioncomercial.msd@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3153162357	DÍA 01 MES 02 AÑO 2025	DÍA 31 MES 12 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
obra y labor	Servicios generales	cra 2este #47A - 11

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Wcolombia		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Tunja	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3117665809	DÍA 21 MES 10 AÑO 2022	DÍA 28 MES 02 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
obra y labor	servicios Generales	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4 años	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 01 Mayo 2026

olga Torres

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.049.614.020

TORRES CALIXTO
APELLIDOS

OLGA CONSUELO
NOMBRES

Olga Torres
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-OCT-1988
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-OCT-2006 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0700100-33159392-F-1049614020-20070508 0164507128A 02 225444940

Powered by CamScanner

Tunja, 30 de abril de 2026

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR HOJA DE VIDA
Convocatoria Pública No. 003 de 2026

Señores
E.S.E. SANTIAGO DE TUNJA
Hospital Metropolitano
Ciudad

Referencia: Convocatoria Pública No. 003 de 2026

Objeto: Prestación de servicios de aseo, desinfección, limpieza y recolección de residuos hospitalarios

Yo, olga consuelo Torres calixto, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1049614020, expedida en Tunja, en mi calidad de **empleado(a) de la empresa** pss prestacion de servicios empresariales por medio del presente documento **autorizo de manera expresa, libre y voluntaria** a dicha empresa para **presentar mi hoja de vida y documentación personal** dentro del **Proceso de Contratación – Convocatoria Pública No. 003 de 2026**, cuyo objeto es:

> **"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A TODO COSTO PARA REALIZAR EL ASEO, DESINFECCIÓN, LIMPIEZA Y RECOLECCIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LAS INSTALACIONES FÍSICAS DE LA E.S.E. SANTIAGO DE TUNJA, HOSPITAL METROPOLITANO, SERVICIOS UBAS MUISCAS, FUENTE, LIBERTADOR, CENTENARIO, RUNTA, FLORENCIA, CARMEN, UNIDAD AMIGA Y CENTRO UNO."**

Así mismo, autorizo a la entidad contratante para **verificar la información suministrada**, en caso de considerarlo necesario, conforme a la normativa vigente.

Declaro que la información contenida en mi hoja de vida es **veraz, completa y actualizada**, y que esta autorización se otorga únicamente para los fines relacionados con el proceso de contratación antes mencionado.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Tunja, a los 30 días del mes de abril de 2026.

Atentamente,

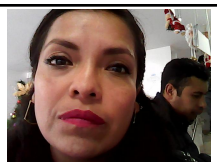
Nombre completo: olga torres
Cédula de ciudadanía: 1049614020
Cargo: Auxiliar servicios generales
Firma: olga torres
Teléfono: 314 575 65 24
Correo electrónico: calixtoolga09@gmail.com

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: OLGA CONSUELO TORRES CALIXTO
Identificación: CC 1049614020
Género: F Fecha de Nacimiento: 1988-10-19 Edad: 37 A
Teléfono: 3223221782
Dirección CALLKE 8 15 68
Residencia: TUNJA
Profesión: SERVICIOS GENERALES
Nivel Educativo: Secundaria Grado de Escolaridad: Completa Estado Civil: Soltero(a)
Empresa: PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
Empresa en misión: PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
Actividad económica:
EPS: Famisanar Limitada Cafamcolsubsidio ARL: Sin información AFP: Sin información



EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional pre ingreso

Orden No.: 00242635 Fecha apertura: 20251230 09:04:29
Fecha cierre: 20251230 12:53:11
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

Balance Postural.
Higiene postural.
Manejo adecuado de cargas.
Pausas activas.
Pausas activas para espalda alta.
Uso de corrección óptica permanente y para laborar.
Uso de Elementos de Protección Personal.

MANEJO POR EPS

Valoración por optometra anual.
Seguimiento de patologia de base en eps.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Control cada año.
Dieta baja en carbohidratos.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.
Medidas antiestasis venoso.

INCLUIR EN PVE

Conservación visual.
Riesgo biologico y bioseguridad.
Osteomuscular.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Reposo auditivo extralaboral.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

control cada año.

uso de correccion optica permanente Y PARA LABORAR.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO



Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LILIANA PAOLA VARGAS MARTINEZ
Identificación: CC 33701530
Especialidad: ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 1091 - Exp 08/09/2020 Registro No.: 0072-06

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1049614020

RESOLUCIÓN 1091

(8 de septiembre de 2020)

"Por medio de la cual se Modifica una licencia de prestación de servicios en "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 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 LILIANA PAOLA VARGAS MARTINEZ, identificado(a) con C.C Nº 33701530 como MEDÍCO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES., ha solicitado modificación de la licencia para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, con resolución vigente No 1266 de fecha 10/08/2010, de prestación de servicios en Salud Ocupacional, Seguridad y Salud en el mundo del trabajo en el sentido de modificar: , cumpliendo con los requisitos establecidos en la Resolución 4502 de 2012 y anexando a su petición la documentación exigida para demostrar esta novedad.

Que es procedente acceder a la solicitud de modificación.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO, Modificar licencia de prestación de servicios de Salud Ocupacional Seguridad y Salud en el Trabajo otorgada a **LILIANA PAOLA VARGAS MARTINEZ como MEDÍCO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES.**, en cuanto a , y en los campos de acción:

Medicina en seguridad y salud en el trabajo
Psicología en 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:

ARTICULO SEGUNDO, Los demás aspectos no modificados en la Resolución No 1266 de fecha 10/08/2010, conservan su vigencia.

ARTICULO TERCERO, 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 CUARTO, la presente resolución surte efectos a partir de su ejecutoria.

Dado en Tunja. , el 8 de septiembre de 2020.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE



JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIERREZ
SECRETARIO DE SALUD

Revisó: MONICA MARIA LONDOÑO FORERO
Director(a) Promoción y Prevención en Salud

Elaboró: JUDY EDITH IBAÑEZ RODRIGUEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 089dbc7b-f76e-4635-91d3-fcf918c08fb7

Nombres y apellidos / Full name: **OLGA CONSUELO TORRES CALIXTO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1049614020**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **19/10/1988**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3223221782**

Correo electrónico / e-mail: **notiene@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
TD Adulto	Primera	8	8	2019		221500217C	TUNJA PUNTO VIDA IPS LTDA	MARIA TERESA ESPINOSA SIERRA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	8	8	2019		T3B841V	TUNJA PUNTO VIDA IPS LTDA	MARIA TERESA ESPINOSA SIERRA
TdaP Acelular Gestante	Anual	16	10	2019		AC37B285AB	TUNJA PUNTO VIDA IPS LTDA	ADIELA ESPERANZA SAAVEDRA PARR
COVID ASTRAZENECA	Primera	13	8	2021	Oxford-AstraZeneca	NK0126	ALIANZA COMPENSAR CLINICOS SAS IPS	LEIDY REYES
COVID ASTRAZENECA	Segunda	28	10	2021	Oxford-AstraZeneca	PW40025	ALIANZA COMPENSAR CLINICOS SAS IPS	YOLIMA SOCHA RAMIREZ
TD Adulto Particular	Tercera	2	11	2022		220800621A	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACA	ANA ROSA CARDENAS PINEDA
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	2	11	2022		220500322C	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACA	ANA ROSA CARDENAS PINEDA
COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	30	5	2023	Janssen	201G21A	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	MARIA ADELIA PEREZ
Fiebre Amarilla	Única	29	3	2025	Fabricante	23K0315	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	MARIA ADELIA PEREZ - CC1054226208 - Activo
TD Adulto	Cuarta	29	3	2025	Serum	2333L021C	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA	MARIA ADELIA PEREZ - CC1054226208 - Activo
Sarampión Rubéola	Adicional	25	4	2025	Serum	0091N013A	PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO - CENTRO AMIGABLE	ANA OLIVA MORENO CASTELBLANCO - CC40028199 - Activo
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	16	6	2025		24GHBV017	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACÁ "COMFABOY" - IPS COMFABOY - BOYACÁ	LAURA VALENTINA LARROTTA HURTADO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	12	7	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525006	PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO - CENTRO AMIGABLE	ANA OLIVA MORENO CASTELBLANCO - CC40028199 - Activo

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.