FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA NATURAL

1 DATOS PERSONALES

Primer Apellido	*Segundo Apellido*	*Nombres*
GUARNIZO	YARA	ARELIS

Documento de Identificación
C.C ■ *PAS* ☐ *N°* 55.166.022

Sexo
F ☑ *M* ☐

Nacionalidad *País*
COL ■ *EXT.* ☐

Fecha y lugar de nacimiento

Fecha *Día* 18 *Mes* 05 *Año* 1973

País Colombia

Dept. Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección de correspondencia

CARRERA 24# 31 B 52

Email arelisyara@hotmail.com

Whatsapp 3045524898

Tel de un Referido en caso emergencia

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

Educación Básica y Media

Marque con un "X" el ultimo grado aprobado (los grados de 1ro al 6to de bachillerato, equivalen a los grados 6to a 11o de educación básica secundaria media)

Educación Básica										*Titulo Obtenido.* Bachiller Academico
Primaria					*Secundaria*				*Media*	*Fecha de grado*
1ro	*2do*	*3ro*	*4to*	*5to*	*6to*	*7mo*	*8o*	*9o*	*10o*	*Mes* 12 *Año* 2016
									✔	

Educación Superior (Pregrado y posgrado)

Marque con una x el tipo de educación que actualmente tiene y por lo cual aspira a laborar con nosotros.

Bach ■ *Tecn* ☐ *Tecg* ☐ *Uni* ☐ *Mg* ☐ *Doc* ☐

Graduado		*Nombre de los estudios o títulos obtenidos*	*Terminación*					*No. de tarjeta Profesional (Si la tiene)*
si	*no*		*Mes*	*Año*				
x		Bachiller Académico	12	2	0	1	6	

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA NATURAL

3 EXPERIENCIA LABORAL

Relacione su experiencia laboral o de prestación de servicios en el estricto orden cronológico comenzando por el actual.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
Empresa o entidad Fundación Martha Chacón	***Pública***	***Privada*** x	***País*** Colombia
Departamento Bogotá D.C.	***Municipio*** Bogotá D.C.		***Correo electrónico de la entidad*** oficinafmch@gmail.com
Teléfono 3103483851	***Fecha de ingreso*** ***Día*** 04 ***Mes*** 06 ***Año*** 2024		***Fecha de Egreso*** ***Día*** 14 ***Mes*** 04 ***Año*** 2025
Cargo o contrato actual Manipuladora de Ali.	***Dependencia*** CIAE LOTE 3		***Dirección*** Carrera 13 h # 32 - 36
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
Empresa o entidad Fipadh	***Pública***	***Privada*** x	***País*** Colombia
Departamento Bogotá D.C.	***Municipio*** Bogotá D.C.		***Correo electrónico de la entidad*** fipadh1.org@gmail.com
Teléfono 2634910	***Fecha de ingreso*** ***Día*** 27 ***Mes*** 07 ***Año*** 2022		***Fecha de Egreso*** ***Día*** 23 ***Mes*** 03 ***Año*** 2023
Cargo o contrato actual Manipuladora de Ali.	***Dependencia*** Convenio 3946		***Dirección*** Carrera 70 c # 54 - 69
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
Empresa o entidad Fipadh	***Pública***	***Privada*** x	***País*** Colombia
Departamento Bogotá D.C.	***Municipio*** Bogotá D.C.		***Correo electrónico de la entidad*** fipadh1.org@gmail.com
Teléfono 2634910	***Fecha de ingreso*** ***Día*** 12 ***Mes*** 01 ***Año*** 2021		***Fecha de Egreso*** ***Día*** 03 ***Mes*** 06 ***Año*** 2021
Cargo o contrato actual Servicios Generales	***Dependencia***		***Dirección*** Carrera 70 c # 54 - 69

Nota: debe tener en cuenta que la experiencia laboral son las 3 ultimas y deberá adjuntar el su respectivo certificado laboral.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA NATURAL

4 FIRMA DEL CONTRATISTA

Manifiesto bajo gravedad del juramento que SI ☐ NO ☒ me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal, para ejercer el cargo al cual estoy aspirando como lo es de Manipuladora de Alimentos ***y para todo los efectos legales, certifico que los datos por mi anotados en el presente formato único de hoja de vida, son veraces, (Artículo 5to de la ley 190/95).***

Ciudad y fecha del diligenciamiento. Bogotá, 02/05/2025

Arelis Guarnizo Yara

Nombre y firma del Aspirante

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.166.022

GUARNIZO YARA
APELLIDOS

ARELIS
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1973
PLANADAS
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-JUN-1991 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00652441-F-0055166022-20141216 0041949590A 2 1343074443

Escaneado con CamS

COLEGIO • INSTITUTO
incade

RECONOCIMIENTO OFICIAL S.E.D. RES Nos:
8586 DE DICIEMBRE DE 1997,
7473 DE NOVIEMBRE DE 1998 y
8664 DEL 29 DE NOVIEMBRE DE 2001.
CÓDIGO ICFES No. 079764 DANE 311001104778
RECONOCIMIENTO SENA, RESOLUCIONES Nos. 3441 DE 2007 –
TÉCNICO AUXILIAR CONTABLE y 3997 DE 2007 –
TÉCNICO EN PROGRAMACIÓN DE COMPUTADORES
NIT. 900072038-2

SENA

LAS SUSCRITA RECTORA DEL COLEGIO INCADE

HACEN CONSTAR

Que la alumna: GUARNIZO YARA ARELIS identificada con la C .C. No 55.166.022 de BOGOTA ***CURSO Y APROBO EN ESTA INSTITUCION, LA SEGUNDA PARTE DE PRIMARIA,*** *DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2010.*

En constancia se expide en Bogotá a los14 días del mes de DICIEMBRE del año 2010 a solicitud de la interesada.

ELIZABETH MORALES CAJAMARCA
RECTORA

COLEGIO • INSTITUTO
incade
RECTORIA

Autopista Sur No. 49-51 Tel: 7242763 Fax 7242692 Bogotá, D.C.

Escaneado con CamS

Acta Individual de Grado

República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

Municipio de Soacha

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUTO BOLIVARIANO "ESDISEÑOS"

PROGRAMA DE EDUCACIÓN FORMAL DE ADULTOS

En Soacha, Cundinamarca a los cinco (05) días del mes de Diciembre de 2016, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rectora y Secretaria del Instituto Bolivariano ESDISEÑOS del municipio de Soacha. Establecimiento educativo autorizado por la Secretaria de Educación y Cultura del municipio de Soacha, Departamento de Cundinamarca, según resolución No 015 del 30 de abril de 2004, autorizado para otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO y expedir el diploma correspondiente.

ACTA GENERAL DE GRADUACIÓN No. 011

En atención a que:

GUARNIZO YARA ARELIS

Identificado (a) con C.C. No. **55.166.022 de Neiva**

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al nivel de educación media académica y cumplió con los requisitos establecidos por el PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL, le otorga el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Registrado para efectos legales de conformidad con la ley 115, en su artículo 151, Decreto 3011 de 1997, el Decreto 180 de 1997 y la ley 115 de 2001, en el libro de Actas Generales No 002 folio 134 numeral 133 el cinco de Diciembre de 2016.

Se Firma en Soacha Cundinamarca a los cinco (05) días del mes de Diciembre de 2016.

Diana Patricia Leal del Rio
C.C. 52781366 de Bogotá
RECTORA

Italia Tinjaca Avila
C.C.55.067.499 de Garzón, Huila
SECRETARIA

Bogotá, D.C. 14 de abril de 2025

CERTIFICADO LABORAL

Actuando en nombre y representación legal de la **FUNDACIÓN MARTHA CHACÓN CRECIENDO PARA EL MAÑANA** con **NIT 900317029-1,** certifico que la señora **GUARNIZO YARA ARELIS** identificada con cédula de ciudadanía **No. 55.166.022,** se encontraba vinculada con nosotros, con un contrato por **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** desde el día **04 de Junio de 2024** hasta el **14 de abril de 2025**, desempeñando el cargo de **MANIPULADORA DE ALIMENTOS, CENTRO INTEGRARTE EXTERNO, CONVENIO 7491 LOTE 3.**

Cumpliendo con las siguientes funciones:

- Hacer uso adecuado de los elementos de protección, utilizándolos de acuerdo con la norma.
- Conocer e implementar el plan de saneamiento.
- Aplicar los conocimientos en Buenas Prácticas de Manufactura durante todos los procesos llevados a cabo en el servicio de alimentación.
- Apoyar la recepción y almacenamiento de los alimentos según los lineamientos establecidos en este anexo.
- Realizar la preparación, servido y distribución de alimentos siguiendo los parámetros y especificaciones técnicas establecidas en el presente anexo.
- Realizar las funciones de limpieza, higiene, desinfección de las instalaciones, así como del menaje, utensilios y equipos
- Las demás que se requieran con ocasión del objeto del convenio.

Dado en Bogotá D.C. a los 14 días del mes de abril del 2024.

Cordialmente;

Cordialmente;

MARTA ELIDÍA CHACÓN RONCANCIO
REPRESENTANTE LEGAL

Calle 7a #71b-65, Kennedy
info@fundacionmartachacon.com
www.fundacionmartachacon.com
+ (57) 310 348 3851

FUNDACIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO
"FIPADH"

A QUIEN LE INTERESE

FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 900.450.947-4

CERTIFICA

Que la Sra. ARELIS GUARNIZO YARA identificada con C.C, N° 55.166.022 de Neiva; se vinculó **a la FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO "FIPADH"** con Nit. 900.450.947-4, por contrato de prestación de servicios como **MANIPULADOR DE ALIMENTOS** con el objeto de "Prestar servicios sociales de atención externa en centros integrarte a personas mayores de 18 años con discapacidad cognitiva, o discapacidad múltiple asociada a cognitiva, promoviendo sus procesos de Inclusión a través del fortalecimiento de sus habilidades individuales familiares y de entorno y territorio y según las necesidades de la entidad FIPADH en beneficio de la inclusión social y el desarrollo humano". Según la siguiente orden de prestación de servicios:

N• de contrato de Prestación de Servicios	**Convenio** No.	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Valor del contrato
1142	3946	27/07/2022	23/03/2023	614.553.332

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los veintitrés (23) días del mes Marzo del 2023.

Atentamente,

FRANCIA DORIS ORDOÑEZ VELASCODIRECTORA GENERAL
FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO - FIDADH

FUNDACIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO "FIPADH"

A QUIEN LE INTERESE

FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO

Nit. 900.450.947-4

CERTIFICA

Que la señora **ARELIS GUARNIZO YARA** identificada con C.C. 55.166.022 de Neiva; se vinculó a la **FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO "FIPADH"** con Nit. 900.450.947-4, por contrato de prestación de servicios como **SERVICIOS GENERALES** con el objeto de "Prestar servicios sociales de atención externa en centros integrarte a personas mayores de 18 años con discapacidad cognitiva, o discapacidad múltiple asociada a cognitiva, promoviendo sus procesos de inclusión a través del fortalecimiento de sus habilidades individuales familiares y de entorno y territorio y según las necesidades de la entidad FIPADH en beneficio de la inclusión social y el desarrollo humano". Según la siguiente orden de prestación de servicios:

N° de contrato de Prestación de Servicios	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Valor Total del Contrato
700	12/01/2021	03/06/2021	$ 6.757.830

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes Junio del 2021.

Atentamente,

FRANCIA DORIS ORDOÑEZ VELAZCO
DIRECTORA GENERAL
FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO
HUMANO – FIDADH

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 270530733

PIB
22:00:21

Bogotá DC, 01 de mayo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ARELIS GUARNIZO YARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 55166022:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ARELIS GUARNIZO YARA,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **55166022** de NEIVA

(CINCUENTA Y CINCO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL VEINTIDOS)

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

* Certificado expedido sin costo alguno.

VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 02/05/2025 08:16:10 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **55166022** y Nombre: **ARELIS GUARNIZO YARA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **115280693** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:19:18 AM horas del 02/05/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **55166022**

Apellidos y Nombres: **GUARNIZO YARA ARELIS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 01 de mayo de 2025, a las 22:17:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	55166022
Código de Verificación	55166022250501221752

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:54:55 horas del 05/05/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **55166022,** Apellidos y Nombres **GUARNIZO YARA ARELIS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Fundación Martha Chacon**, con NIT **900317029-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

187708867

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación 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 V B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 03

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Guarnizo	Yara	ARELIS	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	55.166.022	Femenino Y Masculino	F Y M T NB Otro		

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		D D M M A A A A
Ibagué	Tolima Colombia	Tolima		18 05 1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN		20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial
		Si No	Categoría de discapacidad	Si No		Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
	Porvenir	1'423'500	

26. Residencia Dirección			Teléfono Fijo
	Carrera 14 C bis 77227 SUR		
Teléfono Celular	Correo Electrónico		
3045524898	arelis1973@hotmail.com		
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabecera Municipal Y, Centro Poblado, Rural Disperso, Resto Rural
Bogotá	Bogotá		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo Identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
						País Departamento Municipio	
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual		D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

Scanned with CamScanner

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐
- ☐ 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. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	D D M M A A A A 13/05/2025	Código	

B. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☑ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☑ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 73. Autorización 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.
- ☑ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☑ 75. 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 Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☑ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Ariel Gomez 1217	

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. 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.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

EPS Sanitas
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
13 MAY 2025

OBSERVACIONES: Pensionado Independiente

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
7150	RECIBIDO POR:	

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

Scanned with CamScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ARELIS GUARNIZO YARA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **55.166.022**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14674800219

(415)7707212489984(8020) 000001467480021 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 5 1 6 6 0 2 2	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 5 1 6 6 0 2 2	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUARNIZO	YARA	ARELIS	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
TV 1 B 77 27

42. Correo electrónico arelisyara@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

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

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

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: 1

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SEGURA DE CHARRY MARIA CONSTANZA

985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

FECHA: 02/05/2025

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ARELIS GUARNIZO YARA **Sexo:** F

Documento de Identidad: **C.C.** [X] **T.I.** **C.E.** **Numero:** 55.166.022

FROTIS DE GARGANTA – KOH DE UÑAS – COPROLOGICO

RESULTADOS

FROTIS DE GARGANTA

Negativo

COCOS GRAM POSITIVOS

P.M.N. ESCASAS

FLORA BACTERIANA NORMAL EN OROFARINGE

KOH DE UÑAS

NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS

MICOTICAS Y HONGOS.

COPROLOGICO

COLOR:	CAFE
CONSISTENCIA:	BLANDA
OLOR:	SG
FLORA BACTERIANA:	NORMAL
RESIDUOS VEGETALES:	++
GRASAS NEUTRAS:	+

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

Medico Firma:
Nombre: Dr. Vladimir Alberto Vega Rodríguez
Reg. Medico 72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador Firma: Arelis Guarnizo Yara
Nombre Arelis Guarnizo Yara
C.C. No. 55166022

Powered by CamScanner

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL
NIT. 830.592.359-3

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA PRE-OCUPACIONAL DE INGRESO
(ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULAR)
TEST DE BOHOBER Y KENDALL
Resoluciones 2349 de 2007 y 3376 de 2008 MPS

Registro/Orden: 300/455
Paciente: ARELIS GUARNIZO YARA
Empresa: PARTICULAR

Fecha: 02/05/2025
Identificación: .55.166.022
Cargo: AUXILIAR DE COCINA

SEXO: F
Edad: 51 AÑOS
EPS: SANITAS

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: *Pre Ocupacional y de aptitud física*
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgos a los cuales estará expuesto En el cargo a desempeñar.

RESULTADO DE EXAMENES PARACLINICOS

EXAMENES REALIZADOS	RESULTADOS	
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SI APLICA	
3. OPTOMETRIA (25-20)	NORMAL	
4. CUADRO HEMATICO	SIN ALTERACIONES	
5. GLICEMIA	SI APLICA	
6. PERFIL LIPIDO	SI APLICA	
7. PSICOSOCIAL	NORMAL	
8. EXAMEN OSTEOMUSCULAR COLUMNA Y ESPALDA	SIN ALTERACIONES	
9. MUSCULO ESQUELÉTICO	SIN ALTERACIONES	
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 61 KG	ESTATURA: 1.64 CM
11. ELECTROCARDIOGRAMA	NO REACTIVA	
12. APTITUD DE EQUILIBRIO	SI APLICA	
13. CARDIOVASCULAR	SIN ALTERACIONES	

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

	SI	NO
1 Apto para el cargo	X	
2 Apto con restricciones:		
3 Restringido		
4 Aplazado:		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

VISUAL: ◯ AUDITIVO: ◯ RESPIRATORIO: ◯ CARDIOVASCULAR ◯ PSICOSOCIAL ◯ NINGUNO ◯

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA DESEMPEÑAR SU LABOR, SEGÚN RESULTADOS DE CUESTIONARIO, VALORIZACION MEDICA OCUPACIONAL Y PARACLINICOS SEGÚN RESOLUCION N° 3673 de 2008

SI	NO
X	

Responsable: Dra. Karen Liseth Ibañez Hernández
Medico esp. En salud ocupacional
RM: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-19
Cali

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL:
Utilizar los elementos de protección personal – Remisión por nutrición IPS – Sobre Peso Usar Protección Visual durante la jornada laboral
Seguir las recomendaciones estrictamente de medicina ocupacional.

HUELLA INDICE DERECHO

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL :

FIRMA DEL TRABAJADOR C.C.:

CALLE 27 SUR No. 22ª 78 BARRIO OLAYA / Tel: 3227975423
www.mediprosaludocupacional.com –mediprocupacional@gmail.com

Powered by CamScanner

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

FECHA: 02/05/2025

INFORMACION GENERAL:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ARELIS GUARNIZO YARA **Sexo:** F
Documento de Identidad: C.C. X T.I. C.E. **Numero:** 55.166.022
Estatura: 1.65 CM **Peso:** 61 Kg **EPS.:** SANITAS **RH.** A+
Empresa: PARTICULAR
Cargo: AUXILIAR DE COCINA

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

R/

El suscrito medico certifica que el citado paciente presenta buen estado de salud no presenta en la actualidad ningún signo clínico de enfermedad infectocontagiosa, ni de piel, ni pulmonar.

Examen físico general: normal

Exámenes de Laboratorios

Frotis de Garganta : Normal

Koh -Piel y Uñas: Normal

Coprológico: Normal

Por lo tanto, es apto para vivir en comunidad, realizar cualquier actividad física y poder manipular alimentos.

Medico
Firma:
Nombre: Dr. Vladimir Alberto Vega Rodríguez
Reg. Medico 72344909 R.M: 5614 DE 26/04/2018

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

Trabajador
Firma:
Nombre
C.C. No. 55166022

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE MANIPULACION DE ALIMENTOS

Yo CLAUDIA PATRICIA BUITRAGO HERNÁNDEZ identificada con C.C 51934571 de Bogotá en mi calidad de Capacitadora particular en Manipulación Higiénica de alimentos Según resolución 536 de 2015.

Certifico Que:

Arelis Guarnizo Yara

con numero de documento **55166022**

Asistió y aprobó el curso de Manipulación de Alimentos Que se dictó los dias 01 de mayo y 01 de mayo de 2025 con una intensidad de 10 horas.

El curso de Manipulación de Alimentos está dirigido a empresas y personas que por su actividad laboral tienen contacto directo con los alimentos durante su preparación, fabricación, transformación, elaboración, envasado, almacenamiento, transporte, distribución, venta, suministro y servicio. *Decreto 3075 de 1997 y Resolución 2674 de 2013 en Colombia, decreto 1500 de 2007 modificado por Decreto 2965 de 2008 , 4131 y 4974 de 2009, 3961 de 2011, 1917 y 2270 de 2012 y resolucion 242 de 2013*

Nuestro objetivo es instruir al personal asistente en BPM (Buenas Prácticas de Manufactura), concientizarlo de su importancia en la cadena de manipulación y promover hábitos higiénicos que garanticen la inocuidad y calidad del alimento.

Los temas a tratar son los siguientes:

- Normatividad Vigente
- Glosario
- Clasificación alimenticia
- Tipos de contaminación en alimentos.
- ETAS (Enfermedades transmitidas por alimentos)
- Métodos de conservación
- El manipulador de alimentos
- Plan de saneamiento

Material a entregar:

- Carnet de certificación del curso vigente por un año
- Folleto resumen

Dra. Claudia P. Buuitrago
BACTERIOLOGA C.M.C.
Reg. 51934571

Biotek
B 320 7001403

curso de
Manejo Integral de Alimentos



ARELIS GUARNIZO YARA
ID **55166022**

Fecha de aprobación
02 de mayo de 2025
Valido hasta 01 de mayo de 2026

Asistió al taller MANEJO HIGIÉNICO DE ALIMENTOS
con intensidad de **10 horas(10h)**
Según resolución 2674 de 2013, decreto 3075 de 1997
y resolución 604 de 1993
Este carné es personal e intransferible

LABORATORIO CLÍNICO
BIOTEK

Cap. Claudia Patricia Buitrago Acta 5261 Res 536 de Nov 20 de 2015
BACTERIOLOGA U.C.M.C.
REG N° 51934571