FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA NATURAL

1 DATOS PERSONALES

Primer Apellido	*Segundo Apellido*	*Nombres*
Galvis	Giraldo	Angela Beatriz

Documento de Identificación: *C.C* [■] *PAS* [ ] *N°* 1031132331

Sexo: *F* [✓] *M* [ ]

Nacionalidad: *COL* [■] *EXT.* [ ] *País* _____

Fecha y lugar de nacimiento

Fecha *Día* 07 *Mes* 04 *Año* 1991

País Colombia

Dept. Bogotá

Municipio Bogotá

Dirección de correspondencia

Carrera 13 C # 32 A - 21 SUR

Email jean.saga2215@outlook.com

Whatsapp 3202123529

Tel de un Referido en caso emergencia 3001346066

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
Primaria					*Secundaria*				*Media*	*Fecha de grado*
1ro	*2do*	*3ro*	*4to*	✓ *5to*	*6to*	*7mo*	*8o*	*9o*	*10o* ✓ *11o*	*Mes* 12 *Año* 2009

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	12	2	0	0	9	
x		Tecnico en auxiliar de enfermeria	12	2	0	1	1	

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	***Pública***	***Privada***	***País***
mcd consorcio		x	Colombia
Departamento	***Municipio***		***Correo electrónico de la entidad***
Bogotá	Bogotá		
Teléfono	***Fecha de ingreso***		***Fecha de Egreso***
	Día ***Mes*** ***Año***		***Día*** 13 ***Mes*** 02 ***Año*** 2025
Cargo o contrato actual	***Dependencia***		***Dirección***
M. alimentos			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
Empresa o entidad	***Pública***	***Privada***	***País***
Fundacion martha chacon		x	colombia
Departamento	***Municipio***		***Correo electrónico de la entidad***
Teléfono	***Fecha de ingreso***		***Fecha de Egreso***
3103483851	***Día*** 26 ***Mes*** 06 ***Año*** 2023		***Día*** 11 ***Mes*** 02 ***Año*** 2025
Cargo o contrato actual	***Dependencia***		***Dirección***
M. alimentos			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
Empresa o entidad	***Pública***	***Privada***	***País***
Departamento	***Municipio***		***Correo electrónico de la entidad***
Teléfono	***Fecha de ingreso***		***Fecha de Egreso***
	Día ***Mes*** ***Año***		***Día*** ***Mes*** ***Año***
Cargo o contrato actual	***Dependencia***		***Dirección***

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*** Auxiliar de cocina ***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 01/04/2025

Nombre y firma del Aspirante

Acta de Grado
Colegio José Martí
Institución Educativa Distrital

En la Ciudad de Bogotá D.C. a los treinta (30) días del mes de noviembre de dos mil nueve (2009) se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rectora y Secretario, en la Rectoría de la COLEGIO JOSE MARTI INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL Sede A Jornada TARDE. Institución aprobada oficialmente por la Secretaría de Educación del Distrito Capital mediante Resolución de Integración número 2117 de 18 de julio de 2002, hasta grado once en el Nivel de Educación media y autorizada para otorgar el Titulo de Bachiller Académico.

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

Bachiller Académico

Al graduando cuyo nombres, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

GALVIS GIRALDO ANGELA BEATRIZ

Identificado con Cédula de Ciudadanía Número 1,031,132,331

Es fiel copia tomada del libro 01 de Actas Generales de Grados No.26 de fecha primero (1) días del mes de diciembre de dos mil nueve (2009) que consta de CIENTO CINCUENTA Y SEIS (156) estudiantes, que comienza con el nombre de ALFONSO VARGAS SERGIO ALEXANDER y se cierra con el nombre de ACHURY SANDOVAL DEIVID STIVENT Firmada por SANDRA LILIANA GARRIDO PARRADO Rectora, FABIO MARIÑO ORTIZ Secretario

Entregada en Bogotá, D.C. el día uno (1) del mes de diciembre de dos mil nueve (2009)

Rectora

Sandra Liliana Garrido Parrado
C.C. 39.798.506 de Bogotá

Secretario

Fabio Mariño Ortiz
C.C.19.491.489 de Bogotá

No requiere Registro de la Secretaria de Educación según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994, ni sellos según Decreto 2150 del 5 de Diciembre de 1995

Libro No. 01 *Folio No.* ____



CERTIFICACION

El restaurante la chingada certifica que la señora ANGELA BEATRIZ GALVIS GIRALDO identificada con la cedula: 1031132331 de Bogota. Trabajo en nuestra empresa en el cargo de manipuladora de alimentos, desde el 23 de julio del 2022 hasta el 27 de marzo del 2023.

Se expide a soloicitud de la interesada a los 27 dias del mes de marzo del 2023.

Cordialmente,

Ivan Zanabria
Jefe inmediato
CC. 1031139045
Cel: 30014600802

CERTIFICACION LABORAL

Papelería el libertador Mediante el presente escrito, certifica que la señora **ANGELA BEATRIZ GALVIS GIRALDO** identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.031.132.331 de Bogotá, laboro como trabajadora independiente en el periodo comprometido entre 10/enero/2012 hasta la 30/noviembre/2012, desempeñando el oficio de **OFICIOS VARIOS** y devengando un salario OCHOCIENTOS MIL PESOS (800.000) M/CTE.

El presente documento se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C, a los (15) días del mes de junio del año dos mil veintitrés (2023)

Cordialmente,

Enrique Galvis

ENRIQUE GALVIS
C.C.: 79.664.672
CEL.: 324 444 4943

Powered by CamScanner

BOGOTÁ, D.C. 12 DE FEBRERO 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 **ANGELA BEATRIZ GALVIS GIRALDO** identificada con cédula de ciudadanía **No.1.031.132.331 DE BOGOTÁ,** se encuentra vinculada con nosotros, con un contrato por **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** desde el día **26 de junio de 2023** hasta la fecha, desempeñando el cargo de **MANIPULADORA DE ALIMENTOS.** Devengando un salario de **$2.081.190 (DOS MILLONES OCHENTA Y UN MIL CIENTO NOVENTA PESOS M/CTE)**, correspondiente a la remuneración pactada.

Dado en Bogotá D.C. a los 12, días del mes de febrero del 2025.

Cordialmente;

Firmado digitalmente por MARTA ELIDIA CHACON RONCANCIO
Fecha: 2025.02.12 11:18:29 -05'00'

MARTA ELIDIA CHACÓN RONCANCIO
REPRESENTANTE LEGAL

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.031.132.331

GALVIS GIRALDO
APELLIDOS

ANGELA BEATRIZ
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-ABR-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

27-MAY-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00161366-F-1031132331-20090706 0013107994A 1 29118781

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 267727821

PIB
20:35:36

Bogotá DC, 01 de abril 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) ANGELA BEATRIZ GALVIS GIRALDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031132331:

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) **ANGELA BEATRIZ GALVIS GIRALDO,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1031132331** de BOGOTA D.C.

(MIL TREINTA Y UN MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y UNO)

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, 01/04/2025 09:38:14 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **1031132331**

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. **113598398** . 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

Información 515 9000

Dios y Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

GOV.CO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:31:26 PM horas del 01/04/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1031132331**
Apellidos y Nombres: **GALVIS GIRALDO ANGELA BEATRIZ**

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.

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 martes 01 de abril de 2025, a las 20:34:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1031132331
Código de Verificación	1031132331250401203456

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

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

Fecha de Radicación: 05032025

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Cotización solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐	A. Individual. Cotizante o cabeza de familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante ☐ C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado (X)	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Galvis	Giraldo	Angela	Beatriz

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1031132331	Femenino (X) Masculino ☐	Femenino (X) Masculino ☐	Colombiana

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Bogotá	Colombia.	Bogotá	Bogotá	01 / 04 / 1991

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 (X) Categoría discapacidad	SI ☐ NO (X)	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
Sura riesgo 1	Porvenir	$1423500	

26. Residencia				
Carrera 13 C # 32 A - 21 Sur		3209123529	jean.sago2212@outlook.com	
Bogotá	Bogotá	Rafael Uribe Uribe	Cabecera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			

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

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				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
				Femenino Masculino	T TI Otro Cual	País Departamento Municipio	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI / NO	48. Clasificación SISBÉN NIVEL / GRUPO	49. Discapacidad SI / NO / CATEGORÍA DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI / NO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

REGA CARTA DE DERECHO
FILIADO Y DEL PACIENTE EN
NERAL DE SEGURIDAD SOCIAL
Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

Gal diligenciamiento del formulario de afiliación, la
le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes
l Afiliado y del Paciente?

¿Previo al diligenci
EPS

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de ap. (si requiere a
Angela Beatriz Galvis Giraldo	CC	1031132331	

59. Ubicación			
Cr 13 c # 32 A - 21 Sur	3202123629	jean.jaga2715@outlook.com	Bogotá

8. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación
inscripción en la EPS Código ☐ 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
o adjudicación 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. Novedad A Régimen Contributivo ☐ 0. Régimen Subsidiado ☐ 15. Traslado A Mismo Régimen ☐ 0. Diferente Régimen ☐
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia ☐ 17. Reporte del fallecimiento del cotizante ☐ 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 ☐	☐ ☐ ☐ ☐	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
	05 05 2025	Código ☐	

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 lo 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 Sisben 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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Angela Beatriz Galvis Giraldo

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad:

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC

TOTAL ANEXOS ☐

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.

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

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

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	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	

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.

(415)7707195400004(8020)

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANGELA BEATRIZ GALVIS GIRALDO identificado(a) con CC. 1031132331 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/09/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 12 días del mes de 05 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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 10:55:42 horas del 06/05/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1031132331,** Apellidos y Nombres **GALVIS GIRALDO ANGELA BEATRIZ**

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

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:

ANGELA BEATRIZ GALVIS GIRALDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.132.331**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Mayo del 2025.

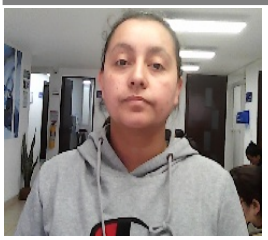
Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 10608
CLL 76 No 20C - 42 - Barrio Juan XXIII - PBX - 3001509
unirionegro@gmail.com

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1031132331-135787

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	12/02/2025 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	ANGELA BEATRIZ GALVIS GIRALDO	**Identificación:**	1031132331
Género	FEMENINO **Edad:** 33	**Teléfono**	**Móvil:** 3202123529
Fecha Nacimiento:	7/04/1991	**Cargo:**	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CRA 13C NO 32A-21 SUR	**Escolaridad:**	TÉCNICO
Empresa	CONSORCIO MCD SOCIAL BTA 2024		
Empresa en Misión:	CONSORCIO MCD SOCIAL BTA 2024 -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA., VALORACION OPTOMETRIA
COPROLOGICO	NORMAL
KOH HONGOS	NORMAL
FROTIS FARINGEO	NORMAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

_ APTO CON RECOMENDACION
_ APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: USO DE GAFAS PERMANENTES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

BIOMECANICO	
PSICOSOCIAL	-Resolucion 2646 del 2008

Información de Remisiones

NUTRICION	-
OPTOMETRÍA	-

EL CONCEPTO INTEGRAL DE APTITUD LABORAL, SE EXPIDE CON BASE EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR: Autorizo al (ala) doctor (a) abajo mencionado (a) a realizar mi examen medico y/o paraclinico (s) ocupacional (es), registrado (s) en este documento. El (la) doctor (a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y proposito de examen medico y/o paraclinico (s) ocupacional (es). He comprendido y he tenido la oprtunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico ocupacional (es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las prueba (s). Entiendo que la realizacion de esta (as) pueba (as) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen (es). Fui informado de las medidas que tomara la UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este (as) examen (es) estan completas y son veridicas. Autorizo a la UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior, y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dra. Angelica Goelkel M.
Especialista Salud Ocupacional
Licencia No 14706/11.11.13
UDCA / FUAA

Médico Especialista en Salud Laboral
ANGELICA LILIANA GOELKEL MEDINA
14508 05/04/2024

Firma y cédula del Paciente
ANGELA BEATRIZ GALVIS GIRALDO
1031132331

EDUCACIÓN.ALIMENTARIA.
EDUIN ANTONIO IBÁÑEZ
NIT 80747415 - 0

CERTIFICADO ASISTENCIA CURSO DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Según lo establecido en la resolución 2674 de 2013 capítulo III artículo 12, 13 y 36, en la ciudad de Bogotá D.C**. GALVIS GIRALDO ANGELA BEATRIZ** con cedula de ciudadanía **1.031.132.331** asistió a la capacitación en higiene alimentaria y buenas prácticas de manipulación de alimentos los días 08 y 09 de febrero del 2025 con una intensidad de diez (10) horas, de acuerdo con los reglamentos y la normatividad legal vigente se certifica y se da constancia de la participación al curso en BPM y buenas prácticas de manipulación de alimentos, este documento tiene valides por un (1) año a partir de la fecha de expedición.

VALIDO POR UN AÑO

De acuerdo con lo anterior el presente certificado se expide a los 10 días del mes de FEBRERO del año 2025.

Atentamente,

Eduin Ibañez
Ingeniero de Alimentos
Lic. Ciencias Naturales
T.P. 091062-066816 CND

Eduin Antonio Ibáñez

Ingeniero de Alimentos.
Diplomado en Sistema de Gestión de la Inocuidad y del Ambiente para el Sector Alimentario.
Licenciado en Ciencias Naturales y Educación Ambiental.
Email *educacion.alimentaria.01@gmail.com*

EDUCACION.ALIMENTARIA.

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN EN HIGIENE Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 12 DE LA RESOLUCIÓN 2674 DE 2013

Programa de capacitación continua de 10 HORAS

CERTIFICA A: **GALVIS GIRALDO ANGELA BEATRIZ**
CC: **1.031.132.331**
FECHA DE EXPEDICIÓN: **10-02-2025**
FECHA DE VENCIMIENTO: **10-02-2026**

CAPACITADOR

EDUIN ANTONIO IBÁÑEZ INGENIERO DE ALIMENTOS

EDUCACION.ALIMENTARIA.

CERTIFICADO MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Programa de capacitación continua de 10 HORAS

PLAN DE CAPACITACIÓN

CAPACITADOR



EDUIN ANTONIO IBÁÑEZ
NIT. 80747415-0

3014300528, EMAIL: *educacion.alimentaria.01@gmail.com*