



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<br><b>OROZCO</b>                                                                                                                          | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br><b>CRUZ</b>                      | NOMBRES<br><b>ADRIANA</b>                                                                                                                                                                                            |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>1.075.228.707</b>        | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                                                               |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                      |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <b>13</b> MES <b>04</b> AÑO <b>1987</b><br>PAÍS <b>COLOMBIA</b><br>DEPTO <b>HUILA</b><br>MUNICIPIO <b>GARZON</b> |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><b>CRA 22 # 1 A 48 SUR BRR LOS ALAMOS</b><br>PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>HUILA</b><br>MUNICIPIO <b>GARZON</b><br>TELÉFONO <b>320 900 2207</b> EMAIL <b>adrianaoroz13@gmail.com</b> |

## 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: BACHILLER ACADEMICO |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|----|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     |    | MEDIA                               | FECHA DE GRADO                       |  |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o.        | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | <input checked="" type="checkbox"/> | MES <b>04</b> AÑO <b>2008</b>        |  |

### 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<br>ACADÉMICA | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |     |  | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|----------------------------|----------|----|---------------------------------------------|-------------|-----|--|-------------------------------|
|                        |                            | SI       | NO |                                             | MES         | AÑO |  |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |     |  |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |     |  |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |     |  |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |     |  |                               |
|                        |                            |          |    |                                             |             |     |  |                               |

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

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

# 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                                                                                          |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                                                               |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL                                                                                               | DEPENDENCIA                                                                                    |                            | DIRECCIÓN                                                                                     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                                                |                            |                                                                                               |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>FOTOCOPIAS IZUMY                                                                                 | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA<br>X               | PAÍS<br>COLOMBIA                                                                              |
| DEPARTAMENTO<br>HUILA                                                                                                 | MUNICIPIO<br>GARZON                                                                            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                                                               |
| TELÉFONOS<br>3175761307                                                                                               | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO<br>OP. SERVICIOS GENERALES                                                                           | DEPENDENCIA<br>LIMPIEZA                                                                        |                            | DIRECCIÓN<br>CLL 2 # 15 - 36 GARZON                                                           |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                                                |                            |                                                                                               |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CODESIA CTA                                                                                      | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA<br>X               | PAÍS<br>COLOMBIA                                                                              |
| DEPARTAMENTO<br>HUILA                                                                                                 | MUNICIPIO<br>NEIVA                                                                             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                                                               |
| TELÉFONOS<br>608 872 1207                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO<br>AUX. SERVICIOS GENERALES                                                                          | DEPENDENCIA<br>LIMPIEZA Y DESINFECCION                                                         |                            | DIRECCIÓN<br>CLL 8 # 7 - 47 NEIVA                                                             |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                                                |                            |                                                                                               |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA                    | PAÍS                                                                                          |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                                                               |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| 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 |
| SECTOR PRIVADO | 01                    | 06    |
|                |                       |       |
|                |                       |       |
| TOTAL          | 01                    | 06    |

**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 56, DE LA LEY 190/95).

Adriana Orozco Cruz

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 1.075.228.707

OROZCO CRUZ

APELLIDOS

ADRIANA

NOMBRES

*Adriana Orozco*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1987

NEIVA  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

02-JUN-2006 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A 1900100 00812839-F 1075228707-20160412

0049285548A 1

6673869186

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141179402954



(415) 707212489984(8020) 0000141179402954

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 7 5 2 2 8 7 0 7

6. DV

2

12. Dirección seccional  
Impuestos y Aduanas de Neiva

1 3

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

29. Número de Identificación

1 0 7 5 2 2 8 7 0 7

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Huila

4 1

30. Ciudad/Municipio

Neiva

0 0 1

31. Primer apellido

OROZCO

32. Segundo apellido

CRUZ

33. Primer nombre

ADRIANA

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Huila

4 1

40. Ciudad/Municipio

Neiva

0 0 1

41. Dirección principal

CR 21 A 2 C 13

42. Correo electrónico

adrianaoroz13@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 9 0 0 2 2 0 7

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3 0 4 1 5

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

60. Código

1

2

## Ocupación

51. Código

52. Número  
establecimientos

## 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 |
|            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

## 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

NO

X

60. No. de Folios:

0

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:

084. Nombre OROZCO CRUZ ADRIANA

085. Cargo CONTRIBUYENTE



INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
"RICARDO BORRERO ALVAREZ"  
NEIVA - HUILA

Reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación Municipal según Resoluciones No. 082 del 25 de Marzo del 2003 y la 0997 del 2006 del Programa de Educación Básica y Media Académica con énfasis en Convivencia Pacífica.

Inscripción DANE: 141001001321

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En Neiva, Huila a los 04 días del mes de Abril de 2008 se reunieron la Rectora y la Coordinadora del Programa en la Rectoría de la "INSTITUCIÓN EDUCATIVA RICARDO BORRERO ALVAREZ", con el fin de formalizar la graduación de los Alumnos de último grado en el Nivel de Educación Media Académica con base en los conceptos de la Comisión de Promoción.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los Ciclos Lectivos Especiales Integrados correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, CON ENFASIS EN CONVIVENCIA PACÍFICA, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento se relacionan a continuación:

ADRIANA OROZCO CRUZ

C.C. No. 1.075.228.707 de Neiva

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 04 del 04 de abril de 2008. Consta de 125 alumnos, comienza con el nombre de Alvarez Quintana Justino y cierra con el nombre de García de Torres Rosalia.

Firmada y sellada por ALBA LUZ ORTIZ (Rectora) y ROCÍO SANCHEZ RAMIREZ (Coordinadora del Programa).

Dada en Neiva - Huila a los 5 días del mes de Abril de 2008.

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



ALBA LUZ ORTIZ

C.C. 26.500.316 de Gigante  
Rectora



ROCÍO SANCHEZ RAMIREZ

C.C. 36.087.504 de Campeaegre  
Coordinadora del Programa



**INFOTEC  
DE COLOMBIA**

*Aprobado Según Resolución  
Nº 1625 de 2008*

**Seminarios**

**InterAmericanos**

Nit: 900.355.146-5

Cali Valle Del Cauca, Colombia

**Hace constar que:**

**ADRIANA OROZCO CRUZ**

**CC 1075228707 NEIVA (HUILA)**

**Asistió Al Seminario:**

## **MEGATENDENCIAS TECNOLÓGICAS**

**Duración 5 Horas Académicas**

Neiva - Huila Marzo de 2011

**FRANK EDWARD DAZA G.**  
Gerente SIA



**LUIS ALBERTO TAMAYO**  
Conferencista



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

## El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015  
otorga

Certificado de Competencia Laboral a

**ADRIANA OROZCO CRUZ**

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1075228707

Quien demostró su Competencia Laboral en la  
Norma

**Manipular alimentos de acuerdo con procedimiento técnico y normativa de alimentos - NIVEL  
INTERMEDIO**

Código: 290801106 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en MANIZALES, A los diecisiete (17) días del mes de Diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

1211323 - 17/12/2021  
No Y FECHA REGISTRO

JOSE BERNARDO GONZALEZ BETANCURTH  
Subdirector CENTRO PARA LA FORMACIÓN CAFETERA  
REGIONAL CALDAS

Vigencia:  
hasta el 17 de Diciembre de 2024

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://verificados.sena.edu.co>, bajo el número  
911200290801106CC1075228707C



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

## El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015  
otorga*

*Certificado de Competencia Laboral a*

**ADRIANA OROZCO CRUZ**

*C.C. CÚDULA DE CIUDADANÍA No. 1075228707*

*Quien demostró su Competencia Laboral en la  
Norma*

**Asear superficies de acuerdo con procedimiento técnico y normativa - NIVEL INTERMEDIO**

*Código: 260201074 - Versión: 1*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en MOSQUERA, a los cinco (5) días del mes de Diciembre de dos mil veintidos (2022)*

Firmado Digitalmente por

1481047 05/12/2022  
No y FECHA REGISTRO

NELSON OCTAVIO GÓMEZ BOTERO  
Subdirector CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA AGROPECUARIA  
REGIONAL CUNDINAMARCA

Vigencia  
hasta el 5 de Diciembre de 2023

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co/>, bajo el número 000260201074220430052207074.



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

## El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015  
otorga

Certificado de Competencia Laboral a

**ADRIANA OROZCO CRUZ**

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1075228707

Quien demostró su Competencia Laboral en la  
*Norma*

**Manipular alimentos de acuerdo con procedimiento técnico y normativa de alimentos - NIVEL  
INTERMEDIO**

Código: 290801106 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en MANIZALES, A los diecisiete (17) días del mes de Diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

1211323 - 17/12/2021  
No Y FECHA REGISTRO

JOSE BERNARDO GONZALEZ BETANCURTH  
Subdirector CENTRO PARA LA FORMACIÓN CAFETERA  
REGIONAL CALDAS

Vigencia:  
hasta el 17 de Diciembre de 2024

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados-sena.edu.co>, bajo el número 911200290801106C1075228707C.



## El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015  
otorga*

*Certificado de Competencia Laboral a*  
**ADRIANA OROZCO CRUZ**  
*Con CUIDA DE CIUDADANIA No. 1075228707*

*Quien demostró su Competencia Laboral en la*  
**Norma**

**Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa - NIVEL INTERMEDIO**

*Código: 210001020 - Versión: 1*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Mayo de dos mil veintidos (2022).*

Firmado Digitalmente por

1267494 - 17/05/2022  
No VÁLIDA REGISTRO

ALVARO ALBERTO CASTELLANOS AYA  
Subdirector (E) CENTRO METALMECANICO  
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Vigencia:  
hasta el 17 de Mayo de 2025

*La autenticidad de este documento puede ser verificada en el sistema electrónico que se encuentra en la página web <https://certificados.sena.edu.co/> bajo el número 921400210701020001075228707.*

# FOTOCOPIAS IZUMY



SANDRA LILIANA COLLAZOS  
NIT.: 55063845 - 7 Régimen Simplificado  
Papelería En General  
Anillados -Fotocopias – Sala de internet  
Trabajos En Computador



## CERTIFICA:

Que la señora **ADRIANA OROZCO CRUZ** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.075.228.707 expedida en Neiva (H); quien labora en el cargo de **Operaria de Servicios Generales**, desde 01 febrero 2024 hasta 31 diciembre 2024, quien demostró ser una persona responsable, honesta y de altos principios y virtudes personales.

Se expide a solicitud del interesado(a), a los 05 días del mes de Enero del 2025.

Firma en constancia,

**JESUS DAVID GARZON GOMEZ**  
C.c. 1.077.863.498 de Garzón (Huila)  
Administrador



Cooperativa de Trabajo Asociado para la Construcción  
Diseños Estudios Interventorias y Agroindustria  
"CODESIA C.T.A."

Nit Noe 8001202500 -01

"El Conocimiento al Servicio de Todos"

### LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL

#### CERTIFICA QUE:

La Señora **ADRIANA OROZCO CRUZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.075.228.707 expedida en Neiva, laboró para esta Empresa como **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, desde el 23 de Enero hasta el 24 de Julio de 2017 con contrato de prestación de servicios.

La presente Certificación se expide en Neiva, a solicitud de la interesada a los Siete (07) días del mes de Noviembre de 2018.

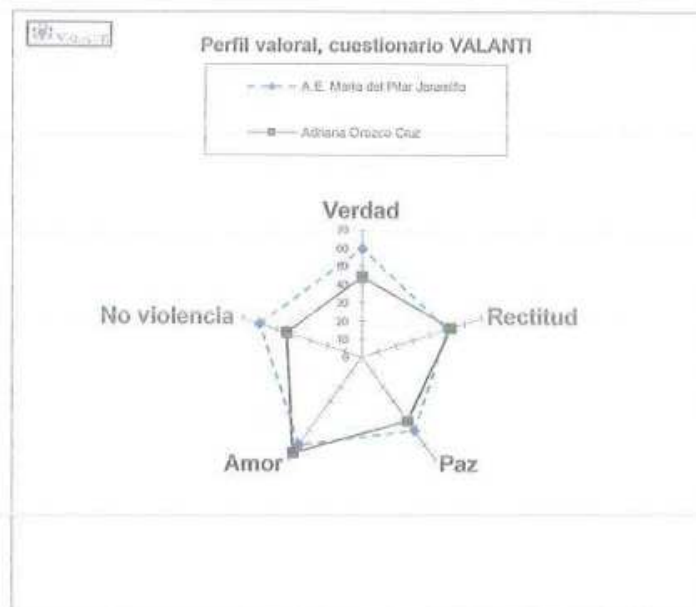
  
"CODESIA C.T.A."  
Representante Legal  
Nit. Noe 8001202500 -01  
"El Conocimiento al Servicio de Todos"  
**ANYELA ADRIANA CARDOSO OROZCO**  
Representante Legal  
CODESIA C.T.A.

Nombre: Adriana Orozco Cruz  
 Edad: 38 Sexo: F  
 Cargo: Servicios Generales  
 Estudios: Técnico

31-ene-26

|    |   |   |    |   |   |
|----|---|---|----|---|---|
| 1  | 2 | 1 | 16 | 0 | 3 |
| 2  | 2 | 1 | 17 | 3 | 0 |
| 3  | 2 | 1 | 18 | 2 | 1 |
| 4  | 1 | 2 | 19 | 0 | 3 |
| 5  | 1 | 2 | 20 | 1 | 2 |
| 6  | 2 | 1 | 21 | 1 | 2 |
| 7  | 2 | 1 | 22 | 0 | 3 |
| 8  | 3 | 0 | 23 | 1 | 2 |
| 9  | 1 | 2 | 24 | 0 | 3 |
| 10 | 3 | 0 | 25 | 2 | 1 |
| 11 | 3 | 0 | 26 | 3 | 0 |
| 12 | 0 | 3 | 27 | 0 | 3 |
| 13 | 3 | 0 | 28 | 3 | 0 |
| 14 | 2 | 1 | 29 | 2 | 1 |
| 15 | 1 | 2 | 30 | 1 | 2 |

| Valor                                    | Verdad   | Rectitud | Paz           | Amor  | No violencia |
|------------------------------------------|----------|----------|---------------|-------|--------------|
| Promedio Normas nacionales, 1997 (n=730) | 15.65    | 21.05    | 17.35         | 16.68 | 21.22        |
| Standar Normas nacionales, 1997 (n=730)  | 4.70     | 4.44     | 6.61          | 5.41  | 7.19         |
| Puntajes directos                        | 13       | 22       | 13            | 25    | 17           |
| A.E. María del Pilar Jaramillo           | 60       | 50       | 50            | 60    | 60           |
| Adriana Orozco Cruz                      | 44       | 52       | 43            | 55    | 44           |
| Interpretación del puntaje estándar      | Promedio | Promedio | Promedio Bajo | Alto  | Promedio     |
|                                          | ★★★★     | ★★★★     | ★★★           | ★★★★★ | ★★★★         |
| Distancia con la Organización            | -16      | 2        | -7            | 5     | -16          |



## ANÁLISIS:

El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para Adriana Orozco Cruz. El área menos importante es la emocional (Valor PAZ).

El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz no es tan prioritaria. La parte emocional de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El amor impacta su vida mucho más que al resto de la gente. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole muy buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

Concepto de la Prueba psicológica: Satisfactoria

Observaciones para la Empresa: No se evidencia alteración psicológica que interfiera con su labor

|                       |                                                                                                                 |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PARA USO EXCLUSIVO DE | <br>Universidad SurColombiana |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



ELMIR JESUS CHARRIS SANCHEZ  
MEDICO GENERAL  
ESP. EN SALUD OCUPACIONAL  
RM 471318 LICENCIA/ RESOLUCIÓN 2516/2021

## HISTORIA CLINICA DE SALUD OCUPACIONAL

### CONCEPTO APTITUD LABORAL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|---------------------------------|--------|
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DD<br>09 | MM<br>02 | AA<br>2026                    | EXAMEN<br>MEDICO: | INGRESO<br>x                                                                                                                   | PERIODICO | POST-<br>INCAPACIDAD     | APERTURA DE<br>HISTORIA CLINICA | RETIRO |
| NOMBRE COMPLETO: ADRIANA OROSCO CRUZ EDAD: 38 AÑOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| CC N°: 1.075.228.707 EXPEDIDA: 02-06-2006 Neiva - HUILA FECHA DE NACIMIENTO: DD: 13 MM: 04 AA: 1987                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| EMPRESA: CorMiDi NIT 891101024-3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| CARGO: SERVICIOS GENERALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| EXAMEN MEDICO: X AUDIOMETRIA: OPTOMETRIA: PRUEBA PSICOTECNICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| LABORATORIOS: ESPIROMETRIA: VISIOMETRIA: OTROS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| TRABAJO EN ALTURAS SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| MANIPULACION DE ALIMENTOS SATISFACTORIO CON RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| OSTEOMUSCULAR x SATISFACTORIO x CON RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| EXAMEN MEDICO LABORAL X SATISFACTORIO X CON RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| CONDUCTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| MANEJO POR ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          | OCUPACIONALES                 |                   |                                                                                                                                |           | HABITOS Y ESTILO DE VIDA |                                 |        |
| REMISION EPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |          | HIGIENE POSTURAL: X           |                   |                                                                                                                                |           | DIETA: X                 |                                 |        |
| CONTINUAR MANEJO MEDICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          |          | CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL |                   |                                                                                                                                |           | EJERCICIO: X             |                                 |        |
| REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |          | USO AYUDAS ERGONOMICAS: X     |                   |                                                                                                                                |           | NO FUMAR                 |                                 |        |
| PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD: CCV, CONTROL VISUAL ANUAL, HIGIENE ORAL SEMESTRAL, CONTROL ADULTO SANO EPS, EXAMEN DE SENO PYPxx                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| Higiene Postural En El Puesto De Trabajo, Realizar Pausas Activas Durante La Jornada Laboral, Realizar Lavado De Manos Al Menos Una Vez Cada 3 Horas Con Mucha Agua Y Jabón Mínimo Por 20 Segundo, Evitar Tocarse Los Ojos, La Nariz O La Boca Y El Cuello Con Las Manos Sin Lavar, Aplicar El Código De Etiqueta Respiratoria. Mantenga Al Menos 2 Metro De Distancia Entre Usted Y Las Demás Personas, Uso De Tapabocas De Manera Continua Para Laborar, Procure Tener Iluminada Y Ventilada De Forma Natural Su Vivienda., No Salude Con Beso, Ni Abrazo, Ni De La Mano A Ninguna Persona, Mantenga Separada La Ropa De Trabajo De Las Prendas De Uso Extra laboral. |          |          |                               |                   |                                                                                                                                |           |                          |                                 |        |
| <br>FIRMA Y SELLO MEDICO<br>ELMIR JESUS CHARRIS SANCHEZ<br>MEDICO ESPECIALISTA EN SST<br>RES N° 2516/2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |          |                               |                   | <br>FIRMA DEL TRABAJADOR<br>CC: 1075228707 |           |                          |                                 |        |

Dirección , CALLE 7 ENTRE CARRERA 11 Y 12 CENTRO COMERCIAL  
PASEO DEL ROSARIO TERCER PISO CONSULTORIO 3-008 correo  
electrónico [elmir-07@hotmail.com](mailto:elmir-07@hotmail.com) y [elmircharris@gmail.com](mailto:elmircharris@gmail.com) 3103099162-  
[3142740900](tel:3142740900)



SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

PLAN DE CAPACITACIÓN CONTINUA EN MANIPULACION DE ALIMENTOS

MUNICIPIO: Garzón Huila

FECHA DE CAPACITACION: 25/07/2025

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MANIPULADOR: ADRIANA OROZCO CRUZ

CEDULA DE CIUDADANIA: 1075228707

CELULAR: 320 9002207

| UNIDAD                                                                      | INTENSIDAD HORARIA | OBJETIVO DE LA UNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CUMPLIMIENTO                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>MODULO 1 – PELIGRO DE LOS ALIMENTOS</b>                                  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |
| 1.                                                                          | 1 Hora             | Los Alimentos y los microorganismos: Identificar el concepto de alimento, así como sus características y su clasificación, identificar los tipos de contaminación que pueden sufrir los alimentos y los factores de crecimiento de las bacterias así como la prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos. | 25/07/2025<br>CAPACITADOR:<br>PEDRO LEÓN LUGO MUÑOZ |
| 2.                                                                          | 1 Hora             | Seguridad de los alimentos: Conocer los riesgos a los que se encuentran expuestos los alimentos, las vías de contaminación de los alimentos de acuerdo al nivel de riesgo, entender el concepto de contaminación de los alimentos así como los diferentes vías y tipos de contaminación de los alimentos.               | 25/07/2025<br>CAPACITADOR:<br>PEDRO LEÓN LUGO MUÑOZ |
| 3.                                                                          | 2 Horas            | 1. Peligros de los alimentos 2. ¿Dónde se encuentran los microorganismos? 3. Factores que favorecen y desfavorecen la reproducción de microorganismos 4. Tipos de contaminación en los alimentos 5. Vías de contaminación 6. Programa de control de plagas                                                              | 25/07/2025<br>CAPACITADOR:<br>PEDRO LEÓN LUGO MUÑOZ |
| <b>MODULO 2: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ALIMENTOS Y CONSERVACION</b> |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |
| 4.                                                                          | 2 Hora             | 7. ¿Qué son las Enfermedades transmitidas por los alimentos? (ETA) 8. Síntomas y causas más comunes de las enfermedades transmitidas por alimentos 9. Principales microorganismos que causan enfermedades transmitidas por alimentos 10. vía de transmisión ciclo epidemiológico fecal-oral                             | 25/07/2025<br>CAPACITADOR:<br>PEDRO LEÓN LUGO MUÑOZ |



SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

|                                                                               |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 5.                                                                            | 2 Horas | Factores claves en la conservación de alimentos: Identificar los factores claves que benefician la conservación de los alimentos: temperaturas seguras, cadena de frío, almacenamiento y rotación de los alimentos, limpieza y desinfección de utensilios, áreas y superficies. Garantizando alimentos seguros. Prevención de la contaminación directa y cruzada: Conocer estrategias enfocadas a la prevención de la contaminación directa y cruzada de los alimentos, la importancia del lavado de manos, separar alimentos crudos de alimentos cocinados, la importancia de la higiene personal, respetar la cadena de frío y el correcto almacenamiento de los alimentos. Practicas higiénicas: Crear conciencia y actitudes que se consideren necesarias al trabajar con alimentos, para conservar las características de inocuidad de los alimentos y su manejo higiénico, resaltar la importancia del manipulador de alimentos en relación a la higiene y salubridad. | 25/07/2025<br><br>CAPACITADOR:<br><br>PEDRO LEÓN LUGO MUÑOZ |
| MODULO 3 - MEDIDAS HIGIÉNICAS PARA PREVENIR LA CONTAMINACIÓN DE LOS ALIMENTOS |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |
| 6.                                                                            | 2 Horas | 11. Condiciones del personal que manipula alimentos 12. ¿cómo puede transmitir enfermedades un alimento a través de manos sucias? 13. Hábitos higiénicos deseables e indeseables en un manipulador de alimentos 14. Manejo higiénico de equipos e instalaciones 15. Almacenamiento de alimentos y productos químicos 16. Proceso de elaboración: control de las operaciones posteriores al almacenamiento 17. Puntos críticos de contaminación de alimentos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 25/07/2025<br><br>CAPACITADOR:<br><br>PEDRO LEÓN LUGO MUÑOZ |

La secretaria de Salud Departamental del Huila de acuerdo a lo establecido en la resolución 2674 de 2013 en su capítulo III artículo 12, 13 y 36 certifica que el señor (a) ADRIANA OROZCO CRUZ, identificado con Cedula de ciudadanía N° 1075228707 asistió al presente plan de capacitación continua en manipulación higiénica de los alimentos, buenas prácticas de manufactura y prácticas higiénicas con una intensidad de Diez (10) horas, por lo tanto y con base en la normatividad sanitaria legal vigente en el territorio nacional se certifica su participación en el curso en manipulación de alimentos que tendrá una vigencia de un año a partir de la emisión del presente documento.

NOTA: Las Jornadas de capacitación en manipulación de alimentos realizadas por la secretaria de Salud Departamental del Huila no tienen ningún costo.

Lugar y fecha de la expedición: CORPORACION MINUTO DIOS, GARZÓN HUILA 25/ 07/2025

PEDRO LEÓN LUGO MUÑOZ

INSPECTOR DE ALIMENTOS Y BEBIDAS MUNICIPIO DE PITAL, AGRADO, GARZÓN  
ZONA 2.



Bogotá DC, 22 de abril del 2026

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) ADRIANA OROZCO CRUZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1075228707:

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 Política 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>

Olga Lucía Tibocha Cortés  
Jefe División de Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



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 miércoles 15 de abril de 2026, a las 14:30:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1075228707             |
| Código de Verificación | 1075228707260415143016 |

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



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:30:57 PM horas del 15/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1075228707

Apellidos y Nombres: **OROZCO CRUZ ADRIANA**

#### **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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta de Medidas Correctivas

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/04/2026 12:26:01 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1075228707** y Nombre: **ADRIANA OROZCO CRUZ.**

## 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. **138648923** . 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 Búsqueda](#)[Imprimir](#)

515 9000



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



## 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 12:23:52 horas del 21/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1075228707,  
Apellidos y Nombres **OROZCO CRUZ ADRIANA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORMIDI**, con NIT **891101024-3** 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.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



Garzón, 31 de marzo del 2026

Señor(a)  
ADRIANA OROZCO CRUZ  
C.C. No 1075228707  
Garzón, H.

**Referencia: COMUNICADO DE TERMINACIÓN DE CONTRATO.**

Estimado(a) señor(a):

**CorMiDi Garzón** (CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN) se permite comunicarle que ha determinado no prorrogar el contrato de trabajo a término inferior a un año, suscrito el 09 de febrero de 2026; una vez expire el plazo allí pactado debido a la terminación del CONTRATO DE APORTES NO. 41006332025. De igual manera, se le comunica que el próximo 30 de abril de 2026 termina y concluye definitivamente el contrato, razón por la cual cesan todas las obligaciones derivadas del mismo.

Atentamente,

**Juan Felipe Trujillo**  
**JUAN FELIPE TRUJILLO VANEGAS**  
Vicepresidente - Delegado



**CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN**

**CorMiDi - Garzón**

**COLEGIO GIMNASIO MINUTO DE DIOS**

**NIT. 891.101.024-3**

**Calle 2 d # 4<sup>a</sup> 29 Garzon (H.) Tel: 8336181**

**administrativo@corpmidi.com**



---

**CONTRATO DE TRABAJO A TERMINO INFERIOR A UN AÑO CELEBRADO ENTRE LA  
CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN Y ADRIANA OROZCO CRUZ**

**SALARIO: UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS  
(\$1.750.905,00) M/CTE**

**AUX. DE TRANSPORTE: DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVENTA Y CINCO  
(\$249.095) M/CTE**

**TÉRMINO DEL CONTRATO: DESDE EL 09 DE FEBRERO AL 30 DE ABRIL DEL 2026.**

Entre los suscritos, **JUAN FELIPE TRUJILLO VANEGAS**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía **No. 7.709.389** de Neiva en su calidad de Vicepresidente de la Corporación El Minuto De Dios De Garzón y actuando acorde a poder especial conferido por el representante legal de la Corporación Señor **DANIEL RAMIREZ NAVIA**, identificado con cédula de ciudadanía **No. 12.196.493** de Garzón; quien obra en nombre y representación de **LA CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN CorMiDi**, con Personería Jurídica Resolución N° 468 de 1974, NIT. 891.101.024-3, quien en adelante se denominará **LA CORPORACIÓN**, de una parte y de la otra **ADRIANA OROZCO CRUZ** mayor de edad, domiciliado(a) en **GARZÓN(H)**, identificado(a) con la Cédula de ciudadanía **No. 1075228707**, quien para efectos del presente contrato se denominará **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**; hemos decidido celebrar el presente contrato de trabajo por un término inferior a un año, el cual se regirá por lo dispuesto en la Ley 50 de 1360, en el Código Sustantivo de Trabajo y por las Cláusulas que posteriormente se detallan, previas las siguientes consideraciones: **1) Que LA CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN CorMiDi**, con fundamento en la Ley 7 de 1979, el Decreto 2388 de 1979 y el Decreto 1084 de 2015, artículo 122 del Decreto 2150 de 1965, ha suscrito con el INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF SECCIONAL HUILA el Contrato de Aportes **No. 41006332025 de 2026**, para Brindar atención integral a la primera infancia en el Centro de Desarrollo Infantil (CDI) **GARRAPIÑOS**, en el marco de la estrategia de **"CERO A SIEMPRE"** en el Departamento del Huila, en el centro Zonal ICBF Garzón. **2) Que la labor a desempeñar por parte de EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, se ejecutará con fundamento y sustento en el Contrato de Aportes suscrito con el ICBF. **3) Que, del clausulado del Contrato de Aportes referido, le es exigible a LA CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN cumplir sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, e I.C.B.F.) y de conformidad con el Código Sustantivo de Trabajo. 4) Que, para lograr la ejecución del Contrato de Aportes No. 41006332025 de 2026, LA CORPORACION está en la obligación de vincular talento humano cualificado y calificado a través de contratos que garanticen el pago de prestaciones sociales y aportes parafiscales, para lo cual se hace necesario que ésta celebre contratos de trabajo por termino inferior a un año, para cumplir cabalmente con las obligaciones derivadas del Contrato de Aportes suscrito con el ICBF y de acuerdo a su duración. 5) Que en este orden de ideas, EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES; desarrollará una labor subordinada y dependiente en la forma, tiempo y lugar que le indique LA CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN CorMiDi para dar cumplimiento al Contrato de Aportes No. 41006332025 de 2026, suscrito con el ICBF; y que, dada la naturaleza del servicio y las características del Contrato, implica riesgos laborales por posibles accidentes de trabajo en la movilización necesaria que el trabajador debe efectuar en razón de la actividad que se contrata; además del respectivo derecho al reconocimiento de prestaciones sociales, seguridad social y aportes parafiscales. 6) La suscripción del presente contrato y el desarrollo del objeto del mismo; no generará relación laboral alguna entre EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. 7) conforme a las anteriores consideraciones, las partes**



## **CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN**

**CorMiDi - Garzón**

**COLEGIO GIMNASIO MINUTO DE DIOS**

**NIT. 891.101.024-3**

**Calle 2 d # 4<sup>a</sup> 29 Garzon (H.) Tel: 8336181**

**administrativo@corpmidi.com**



acuerdan celebrar el presente Contrato de Trabajo por término de duración inferior a un año, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA. OBJETO: EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** se compromete con **LA CORPORACIÓN** a poner a su disposición los servicios profesionales como **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** en la modalidad institucional, o en su defecto, en donde lo determine **LA CORPORACIÓN**. **PARÁGRAFO PRIMERO: EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, declara que tiene pleno conocimiento de la forma de ejecutar este contrato, que se ha enterado de los requisitos exigidos, y que está plenamente familiarizado con el trabajo que realizará; además, que cumplirá con sus obligaciones de acuerdo al Contrato de Aportes No. **41006332025 de 2026**, suscrito con el ICBF y **LA CORPORACIÓN**. **PARÁGRAFO SEGUNDO. CONDICIÓN RESOLUTORIA.** Las partes acuerdan que la duración y vigencia del presente Contrato, se encuentran supeditada a la existencia y ejecución del Contrato de Aportes No. **41006332025 de 2026**, suscrito con el ICBF y **LA CORPORACIÓN**. En consecuencia, el presente contrato podrá terminarse unilateralmente y liquidarse por parte de **LA CORPORACIÓN**, sin sujeción al plazo aquí pactado, en el evento de que el Contrato de Aportes No. **41006332025 de 2026**, suscrito con el ICBF y **LA CORPORACIÓN**, termine anticipadamente o por la necesidad del servicio; en este caso **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** no tendrá derecho a ninguna indemnización por estos hechos que se constituyen en justa causa.

**SEGUNDA. OBLIGACIONES GENERALES DEL EMPLEO. EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** se compromete a: **1)** cumplir con el manual de convivencia y reglamento interno de la corporación. **2)** Utilizar los conductos de quejas y reclamos establecidos en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, según los procedimientos internos que, al respecto, ha establecido **LA CORPORACIÓN**. **3)** Cumplir con el horario acordado y establecido para el cumplimiento de su labor. **4)** Seguir los conductos de comunicación regulares para informar situaciones personales o laborales que se presenten. **5)** Disponer y mantener los ambientes enriquecidos para el desarrollo de experiencias pedagógicas intencionadas.

**TERCERA. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DE EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, en virtud de la calidad indicada en la Cláusula Primera de este Contrato, se compromete con la Corporación a: **1)** Cumplir con el objeto, los servicios y las obligaciones descritas en éste contrato, de acuerdo con las normas propias y actividades a desempeñar, en la sede indicada por **LA CORPORACIÓN**, o donde ella lo determine. **2) Aportará en la construcción de:** *a) Pacto de convivencia. b) Participar activamente en la caracterización, seguimientos y ajustes. c) Plan de formación a familias. d) Plan de intersectorialidad. e) Plan de formación Talento Humano. f) Plan de bienestar y salud mental. g) Plan de riesgos y desastres. h) Ajuste de proyecto pedagógico.* **3)** Desarrollar las acciones necesarias, para asegurar la limpieza, desinfección de espacios, mobiliario y dotación de acuerdo al PSB de la Unidad de atención. **4)** Realizar las acciones necesarias para el adecuado manejo de residuos sólidos en la Unidad de Atención. **5)** Informar periódicamente al profesional de apoyo en salud y nutrición y a la coordinación, del estado, calidad y cantidad de los productos que ingresen para el cumplimiento de la función. **6)** Detectar y dar alertas sobre plagas y vectores en el espacio donde se presta la atención de los niños. **7)** Limpieza y desinfección de maneja espacio y zonas de alimentación **8)** Informar de manera inmediata al coordinador o administrativo situaciones inusuales que se presenten en los momentos de acompañamientos a los niños y niñas o situaciones especiales con las familias. **9)** Brindar buen trato y cuidado en los momentos de interacción que se presenten con las niñas y los niños del servicio. **10)** Participar en



## **CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN**

**CorMiDi - Garzón**

**COLEGIO GIMNASIO MINUTO DE DIOS**

**NIT. 891.101.024-3**

**Calle 2 d # 4ª 29 Garzon (H.) Tel: 8336181**

**administrativo@corpmidi.com**



las jornadas de reflexión que se realizan mensualmente; así como en los procesos de formación y cualificación. **11)** Informar oportunamente a la coordinadora o administrativos imprevistos personales. **12)** Ingresar a la jornada laboral con anterioridad a la llegada de los niños y niñas por lo menos 30 minutos antes o como se haya acordado en plan de trabajo. **13)** La atención integral del servicio contratado se cumplirá en las instalaciones de **LA CORPORACIÓN**, o en el sitio que **LA CORPORACIÓN** le señale, en todo caso, supeditado a la ejecución del Contrato de Aporte No. **41006332025 de 2026**, suscrito con el ICBF y **LA CORPORACIÓN**. **13)** Cumplir las disposiciones legales vigentes sobre atención integral a la primera infancia. **14)** Permitir el ejercicio de las labores de seguimiento y control que adopte **LA CORPORACIÓN**. **15)** Brindar oportunamente la información o documentación que **LA CORPORACIÓN** y la interventoría del Contrato de Aporte No. **41006332025 de 2026**, suscrito con el ICBF requieran para la ejecución del Contrato. **16)** Cuando las circunstancias lo requieran desplazarse a prestar los servicios en los eventos, lugares y fechas que **LA CORPORACIÓN** le señale. **17)** Asistir a todas las convocatorias de la coordinación previamente programadas, y/o cuando sean citadas. **18)** Cumplir las demás actividades que de acuerdo a los conocimientos especializados de **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** sean necesarias para el efectivo desarrollo de la ejecución del presente Contrato. **PARÁGRAFO: EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** manifiesta que conoce y acepta las condiciones que, para la atención integral a la primera infancia tiene establecidas **LA CORPORACIÓN**.

**CUARTA. OBLIGACIONES DE LA CORPORACIÓN:** **1)** Exigir a **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. **2)** Cancelar el valor del contrato en la forma y cantidad estipulada en el presente contrato. **3)** Vigilar que la enseñanza se imparta en el establecimiento educativo asignado a **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, de acuerdo a la intensidad horaria del currículo. **4)** Efectuar el pago que le corresponde en su calidad de Empleador, por concepto de salud, pensión, riesgos laborales y aportes parafiscales, acorde con lo señalado en el presente acuerdo de voluntades. **5)** Cancelar a la finalización del presente Contrato el valor de las prestaciones sociales a que tiene derecho **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

**QUINTA. SALARIO:** **LA CORPORACION** cancelará a **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** un salario mensual de : **UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS (\$1.750.905,00) M/CTE**. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 14 de la Ley 2466 de 2025 previa certificación escrita expedida por el Coordinador General, en donde se acredite que **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** ha cumplido en forma cabal con las obligaciones a su cargo. **PARÁGRAFO PRIMERO. LA CORPORACIÓN** aplicará sobre el salario descrito, el descuento en seguridad social que le corresponde realizar a **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias que rigen la materia. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** En todo caso, los pagos a que se obliga **LA CORPORACIÓN** en virtud del presente contrato, estarán supeditados al flujo de caja y a los desembolsos que por razón del Contrato de Aporte No. **41006332025 de 2026**, el ICBF le efectúe a **LA CORPORACIÓN**.

**SEXTA. PRESTACIONES SOCIALES, SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES:** **1)** El valor de las prestaciones sociales, serán canceladas a **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** al momento de su causación. **2)** El pago de los aportes en seguridad social y parafiscal que le



**CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN**  
**CorMiDi - Garzón**  
**COLEGIO GIMNASIO MINUTO DE DIOS**  
**NIT. 891.101.024-3**



**Calle 2 d # 4ª 29 Garzon (H.) Tel: 8336181**  
**[administrativo@corpmidi.com](mailto:administrativo@corpmidi.com)**

corresponde efectuar a **LA CORPORACIÓN**, se harán de conformidad con las disposiciones legales que establecen la forma de girar dichos valores a las respectivas entidades.

**SÉPTIMA: DURACIÓN.** Las partes, de común acuerdo que el término de duración del presente contrato será de **tres (3) meses**, contados a partir del **9 de febrero** hasta el **30 de abril** del año 2026. No obstante, la duración de este contrato está supeditada a lo establecido en el Parágrafo Segundo de la Cláusula Primera de este documento. **PARÁGRAFO 1. SUSPENSIÓN.** Las partes acuerdan expresamente que la duración del presente contrato podrá ser suspendida válidamente, por parte de **LA CORPORACIÓN**, en el evento de que se llegue a suspender la ejecución del Contrato de Aporte **41006332025 de 2026**, suscrito con el ICBF, para lo cual **LA CORPORACIÓN** deberá avisar por escrito al **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** de dicha circunstancia. Reanudado el Contrato mencionado, se reanudará también el presente contrato, previo aviso por parte de **LA CORPORACIÓN** a **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**. **PARÁGRAFO 2. PREAVISO.** La parte que desee terminar el contrato, así deberá notificarlo por escrito dentro de los 30 días anteriores al vencimiento del término de duración.

**OCTAVA. TERMINACIÓN UNILATERAL Y ANTICIPADA DEL CONTRATO:** Son causales de terminación del presente contrato las siguientes: 1) El incumplimiento de una o varias de las obligaciones derivadas, genéricas o específicamente consignadas en el presente documento, por cualquiera de las partes. 2) Por mutuo acuerdo entre las partes. 3) En caso de presentarse el evento señalado en el Parágrafo Segundo de la Cláusula Primera del presente contrato.

**NOVENA. OBLIGACIONES RESPECTO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.** En cumplimiento a lo estipulado en el Contrato de Aportes **No.41006332025 de 2026**, suscrito con el ICBF y del artículo 1º de la Ley 828 de 2003, **LA CORPORACIÓN** hará las cotizaciones al sistema de seguridad social conforme lo ordena la Ley 100 de 1993, para lo cual queda autorizada a hacer los descuentos a cargo de **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, propios de cualquier trabajador.

**DÉCIMA. AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL CON EL ICBF.** La suscripción del presente contrato y el desarrollo del objeto del mismo; no generará relación laboral alguna entre **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF.

**DÉCIMA PRIMERA. CESIÓN.** Este contrato se celebra en consideración a las calidades personales de **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** por consiguiente, no podrá cederse bajo ningún título a otra persona.

**DÉCIMA SEGUNDA. REQUISITOS DE CONTRATACIÓN.** A la firma del presente contrato, **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** deberá presentar los siguientes documentos: Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedidos por la Procuraduría General de la Nación, con una antelación no mayor a 90 días calendario de la fecha de suscripción del presente negocio jurídico, Certificado de Antecedentes Penales vigente, expedidos por la Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Fiscales, expedido por la Contraloría General de la República, Certificado Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC expedido por la Policía Nacional y Certificado de Inhabilidades



**CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN**

**CorMiDi - Garzón**

**COLEGIO GIMNASIO MINUTO DE DIOS**

**NIT. 891.101.024-3**

**Calle 2 d # 4ª 29 Garzon (H.) Tel: 8336181**

**administrativo@corpmidi.com**



por Delitos Sexuales Contra Menores de Diez y Ocho años y **LA CORPORACIÓN** simultáneamente gestionará la afiliación al Sistema General de Seguridad Social (Salud, Pensión y Riesgos Laborales).

**DECIMA TERCERA. LIQUIDACIÓN.** El presente contrato se liquidará una vez expire la duración del mismo y en dicho acto, **LA CORPORACIÓN** se compromete a cancelar a **EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES** las prestaciones sociales a que tenga derecho y que no hayan sido canceladas en la ejecución del contrato.

**DECIMA CUARTA. PERFECCIONAMIENTO.** El presente contrato se perfecciona con las firmas de las partes.

**DÉCIMA QUINTA. NORMAS APLICABLES.** Lo no regulado en las cláusulas del presente contrato, se regirá en todos sus efectos por el Código Sustantivo del Trabajo.

**DECIMA SEXTA. AUTORIZACIÓN DE VERIFICACION DE INFORMACIÓN.** EL(A) Trabajador autoriza y faculta a la **CORPORACIÓN** para verificar vía formal o electrónica los antecedentes, fiscales, disciplinarios, penales, por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes, registro nacional de medidas correctivas y todos aquellos necesarios para la ejecución del contrato.  
**PARÁGRAFO.** La existencia de antecedentes faculta a la Corporación a dar por terminado el presente contrato con justa causa, por cumplimiento de los principios de legalidad y moralidad pública.

**DECIMA SEPTIMA. CONFIDENCIALIDAD.** Toda la información que conozca o surja con ocasión del presente contrato, no podrá ser revelada o divulgada por el contratista bajo ningún aspecto y de hacerlo constituirá justa causa de terminación del contrato, sin perjuicio de las acciones legales a que tenga derecho la Corporación por el desconocimiento de la presente obligación.

**DECIMA OCTAVA. DOMICILIO CONTRACTUAL.** Para todos los efectos legales de este contrato, se fija como domicilio el municipio de Garzón. Para constancia se firma en Garzón el día 09 del mes de febrero del 2026.

**POR LA CORPORACION**

**Juan Felipe Trujillo**  
**JUAN FELIPE TRUJILLO VANEGAS**  
Vicepresidente Apoderado

**EL/LA AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

**Adriana Orozco C.**  
**ADRIANA OROZCO CRUZ**  
C.C. 1075228707

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                              |           |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|
|  | <b>PROCESO</b><br><b>ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS</b><br><br><b>FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA</b><br><b>INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA</b><br><b>NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES</b> | F4.P5.ABS | 14/11/2019    |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                              | Versión 1 | Página 1 de 1 |

El(la) suscrito(a) ADRIANA OROZCO CRUZ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 1075228707 autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co), manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Garzón, el día nueve (9) de febrero del 2026.

|        |                                                                                     |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Firma  |  |
| Nombre | ADRIANA OROZCO CRUZ                                                                 |
| Cédula | 1075228707                                                                          |

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

|                                                                                  |                                                                                                                       |            |               |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------|
|  | <b>PROCESO</b><br><b>GESTION DEL TALENTO HUMANO</b><br><b>FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES</b> | F5.P21.GTH | 20/01/2023    |
|                                                                                  |                                                                                                                       | Versión 3  | Página 1 de 1 |

De conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, actuando libre y voluntariamente, autorizo, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF, para que realice la recolección y tratamiento de la información personal, la cual consiste en recolectar, almacenar, usar, transferir, transmitir y administrar los datos personales que suministro de manera veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la gestión del talento humano y el cumplimiento de las políticas y normas establecidas de la entidad

Así mismo, declaro que conozco la finalidad de la recolección y tratamiento de mis datos personales y que se realizará por el ICBF, en ejercicio propio de sus funciones legales y su misionalidad de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co).

Manifiesto que fui informado(a) que en caso de que la Entidad solicite recolectar información, tengo derecho a contestar o no las preguntas que se me formulen y a entregar o no los datos solicitados, que como titular de la información, fui informado de los derechos y deberes con que cuento, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: [atencionalciudadano@icbf.gov.co](mailto:atencionalciudadano@icbf.gov.co), línea gratuita Nacional: (57) 01 8000 91 80 80 y en Bogotá (571) 437 76 30, atención en el Chat virtual disponible de lunes a domingo, 24 horas en [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co) y servicio de Video llamada de lunes a viernes de 7:00 AM a 7:00 PM en jornada continua en [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co).

Leído lo anterior y al diligenciar este formato de autorización de tratamiento de datos personales, informo que como titular **autorizo** de manera previa, explícita e inequívoca al instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para realizar el tratamiento de mis datos personales entregados a la Entidad, dentro de las finalidades legales, y las aquí contempladas, conforme con la Política de tratamiento de datos personales, política publicada en el portal web [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co) ; además, declaro como titular que suscribo el presente documento de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Se suscribe en la ciudad de Garzón, el día nueve (9) de febrero de 2026.

Firma Adriana Orozco C.  
Nombre ADRIANA OROZCO CRUZ  
Cédula 1075228707

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

## ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD



Entre los suscritos a saber, por una parte ADRIANA OROZCO CRUZ, *mayor de edad*, identificado como aparece al pie de su respectiva firma; y por la otra, JUAN FELIPE TRUJILLO VANEGAS, también mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Garzón, identificado como aparece al pie de su firma, quien actúa en nombre de CorMiDi Garzón, se ha acordado celebrar el presente Acuerdo de Confidencialidad que se registrá por las siguientes cláusulas, previas las siguientes.

Debido a la naturaleza del trabajo, se hace necesario que éstas manejen información confidencial y/o información sujeta a derechos de propiedad intelectual, antes, durante y en la etapa posterior.

### CLÁUSULAS

**PRIMERA. OBJETO.** El objeto del presente acuerdo es fijar los términos y condiciones bajo los cuales las partes mantendrán la confidencialidad de los datos e información intercambiados entre ellas, incluyendo información objeto de derecho de autor, patentes, técnicas, modelos, invenciones, *know-how*, procesos, algoritmos, programas, ejecutables, investigaciones, detalles de diseño, información financiera, lista de clientes, inversionistas, empleados, relaciones de negocios y contractuales, pronósticos de negocios, planes de mercadeo e cualquier información revelada sobre terceras personas.

**SEGUNDA. CONFIDENCIALIDAD.** Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas en el transcurso del cumplimiento del contrato de aporte 41006332025 de 2026, será mantenida en estricta confidencialidad. Se considera también información confidencial: a) Aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) La que no sea de fácil acceso, y c) Aquella información que no esté sujeta medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantiene su carácter confidencial.

**TERCERA. DURACION.** Este acuerdo registrá durante el tiempo que duren los contratos de Aportes 41006332025 del 2026.

**CUARTA. DERECHOS DE PROPIEDAD.** Toda información intercambiada es de propiedad exclusiva de la parte de donde proceda. En consecuencia, ninguna de las partes utilizará información de la otra, para su propio uso.

**QUINTA. VALIDEZ Y PERFECCIONAMIENTO.** El presente Acuerdo requiere para su validez y perfeccionamiento la firma de las partes. Para constancia, y en señal de aceptación, se firma el presente acuerdo, por las partes que en él han intervenido, en la ciudad de Garzon a los 09 días del mes de febrero del año 2026.

JUAN FELIPE TRUJILLO VANEGAS  
C.C. 7.709.389  
Representante Legal Apoderado  
CorMiDi Garzón

Adriana Orozco C.  
1075228707  
ADRIANA OROZCO CRUZ

# Formato de conocimiento del Reglamento Interno



## CorMiDi Garzón

C.T.H.04

Fecha: 9 de febrero del 2026

Yo, ADRIANA OROZCO CRUZ, Identificada con C.C 1075228707 manifiesto que conozco y acojo en su totalidad el reglamento interno de **CorMiDi Garzón**.

Firma:

Adriana O.C

ADRIANA OROZCO CRUZ

CC: 1075228707



## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

### CERTIFICA QUE:

ADRIANA OROZCO CRUZ identificado con CC. 1075228707 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

#### INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

|                          |                                         |                            |                |
|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|----------------|
| Nombres y/o Razón Social | CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZON | Tipo y Numero de Documento | NI - 891101024 |
|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|----------------|

#### INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

|                              |            |                            |             |
|------------------------------|------------|----------------------------|-------------|
| Fecha de Inicio de Cobertura | 2026/02/09 | Tipo de Vinculación        | Dependiente |
| Estado de Afiliación         | Activo     | Fecha Retiro               | No registra |
| Clase de Riesgo              | 2          | Código Actividad Económica | 2853001     |

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC10032026A1075228707O12933811**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

Positiva Compañía de Seguros S.A.:  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Elencinero: Ana María Cárdena (Bogotá), Dalia Velasco (Cúcuta)

LA ASEGURADORA



325373-1075228707-6

**LA SUSCRITA JEFE DEPARTAMENTO DE AFILIACIONES Y SUBSIDIO  
DE COMFAMILIAR HUILA**

**CERTIFICA QUE:**

La señora **ADRIANA OROZCO CRUZ** identificada con cedula de ciudadanía No. **1.075.228.707** se encuentra afiliada a esta Entidad como **DEPENDIENTE** en la modalidad de **SUBSIDIO EN DINERO** por intermedio de la empresa **CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZON** Nit No. **891.101.024**, con fecha de ingreso el 09 del mes de Febrero de 2026.

Dicha certificación se expide a los 10 días del mes de Marzo del año 2026.

Atentamente,

**MARIA ISABEL DIAZ GARZON**  
COMFAMILIAR HUILA

*Este certificado fue generado automáticamente desde Oficina Virtual. No requiere firma física ni digital para verificar su autenticidad*

**COMFAMILIAR HUILA**

**NIT. 891180008-2**

Huila Calle 11 No. 5-401  
Palmira - Huila Calle 5 No. 5-42 Centro  
La Plata - Huila Calle 6 No. 6-62 Centro  
Taurito - Huila Calle 7 No. 7-35 Centro  
Rojas 1608 844462 - [www.comfamiliarhuila.com](http://www.comfamiliarhuila.com)

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

### CERTIFICA

Que **Adriana Orozco Cruz** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1075228707**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

|                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN    | CC 1075228707                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                | Adriana Orozco Cruz                   |
| TIPO DE AFILIADO                   | Titular                               |
| PARENTESCO                         | Titular                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                | 13/04/1987                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN            | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN      | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS     |                                       |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS   | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS      | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO    | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN                            | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN     | 11/03/2026                            |
| NIVEL SISBEN                       | No aplica                             |
| EMPLEADOR(ES)*                     |                                       |

N.I.T. 891101024 CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZON Desde 11/02/2026 - Vigente  
CEDULA DE CIUDADANIA 1075228707 ADRIANA OROZCO CRUZ Desde 24/02/2026 Hasta 28/02/2026



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

*En su condición de administradora del*

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800221808 8

**CERTIFICA QUE:**

**ADRIANA OROZCO CRUZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.075.228.707**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 21 de Abril del 2026.

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.