Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| LASSO | CHAMIZO | LIDA ELCIRA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 25280592 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | |

LIBRETA MILITAR

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DÍA 09 MES 08 AÑO 1975 | VEREDA LOS TENDIDOS |
| PAÍS COLOMBIA | PAÍS COLOMBIA DEPTO CAUCA |
| DEPTO CAUCA | MUNICIPIO POPAYÁN |
| MUNICIPIO POPAYÁN | TELÉFONO 313 5443265 EMAIL lidalasso75@gmail. |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 8o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 X |

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO

FECHA DE GRADO 30-NOV-2005

MES 11 AÑO 2005

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| PROLIMPAR DEL SUR. | | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYÁN | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3176036185 | DÍA 16 MES 07 AÑO 2024 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX. SERVICIOS GENERALES | | Calle 5B # 2-36 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| L.P.T S.A | | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYÁN | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 820 22 33 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2018 | DÍA 30 MES 12 AÑO 2019 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX SERVICIOS GENERALES | | Calle 4. # 7-82 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SOLO POR SERVICIO | | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYÁN | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 01 MES 07 AÑO 2019 | DÍA 16 MES 02 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX. SERVICIOS GENERALES | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 12 | 2 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

*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 25.280.592

LASSO CHAMIZO

APELLIDOS

LIDA ELCIRA

NOMBRES

Lida Elcira Lasso Chamizo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1975

TIMBIO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

30-DIC-1994 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:16:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 25280592 |
| Código de Verificación | 252805922609071116 26 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302587462

PIB
17:05:11


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) LIDA ELCIRA LASSO CHAMIZO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25280592:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 05:24:13 PM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **25280592**
Apellidos y Nombres: **LASSO CHAMIZO LIDA ELCIRA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# Colegio Fesutrac

Cra 9 No 4-35 Teléfono 8244371
Popayán Cauca

## ACTA DE GRADO

En Popayán - Cauca a los 30 dias del mes de Noviembre de 2.005 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del Grado Once, los suscritos Rector y Secretario, en la Rectoria del Colegio Fesutrac Institución aprobada en el nivel de Educación Media por ciclos de secundaria y autorizado por Resolución N° 0431 de 24 de marzo de 1991 de la Secretaria de Educación, del Departamento del Cauca para otorgar el titulo de BACHILLER ACADÉMICO.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Titulo de

# Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación.

**Lida Elcira Lasso Chamuso**
con c.c. No 25.280.502 de Popayán

Es fiel copia del Acta Original General N°. 0 10 de fecha 30 de Noviembre de 2005 que consta de treinta y cuatro (34) Alumnos, que comienza con el nombre de

**Arias Bolaños Carlos**

y se cierra con el nombre de

**Zúñiga López Juan Manuel**

Firmada y sellada por Rector y Secretario. Dada en Popayan - Cauca a los 30 dias del mes de Noviembre de 2.005.

Oscar G. Delgado Pabon
c.c. N° 10.540 337 de Popayán

Amparo Garcia Millan
c.c N° 34.531.670 de Popayán

DIPLOMA No. 030-011-05

La República de Colombia
y en su nombre el

# Colegio "Fesutrac"

Popayán, Cauca

Autorizado por la Secretaría de Educación y cultura del Cauca
según resolución No. 0431 del 2-4 de marzo 1.991

Confiere a:

# Lida Elcira Lasso Chamizo

Identificado(a) con cc. No. 25.280.592 de Popayán

El Título de

# Bachillerato Academico

Por haber cumplido con los requisitos planes y programas academicos
Correspondientes al Nivel de Educacion Media, de conformidad
Con la Ley 11-4 de 1988 y el decreto nacional 1-11 de 1989 y el P.E.I del Colegio

Oscar E. Delgado Quiroz
C.C. 10.540.337 de Popayán
Rector

COLEGIO FESUTRAC
POPAYAN

Amparo García Millán
C.C. 31.957.815 de Cali, V.
Secretaria

Asentado en el consecutivo interno del plantel en el
libro N°. 001 Folio N°. 36 Diploma N° 030-012-05
Dado en Popayán, Cauca a los 30 días el mes de Noviembre de 2.005

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 02 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Lida Elcira Lasso

C.C.: 25280592

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales #309-2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos especificos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Lidia Elcira Lasso
Firma del trabajador
cc 25280592

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.906

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 26 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| LASSO CHAMIZO LIDA ELCIRA | FEMENINO | 50 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS | CC (Tipo) | 25280592 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 10 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
Q979W1C69906

**Aspirante o Trabajador**

Lida Elcira Lasso

**Firma:**

**Nombre:** LASSO CHAMIZO LIDA ELCIRA

**CC:** 25280592

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la señora **LIDA ELCIRA LASSO CHAMIZO,** identificada con cedula de ciudadanía No. 25.280.592 de Popayán -cauca, laboro en nuestra empresa desde el 01 de junio del 2020 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

**Gerente General**

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 26-4-24 | 2203102234 | Gaby |
| | 2 | 14 junio 24 | 2203102234 | Gaby |
| | 3 | 2-Feb 26 | 2203102234 | Gaby |
| | 4 | 1 AÑO | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 30-4-24 | D343B006C | Gaby |
| | 2 | 14 junio 24 | D343B006C | Gaby |
| | 3 | 2-02-26 | B202E013 | Gaby |
| | R | 1 año | | |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre amarilla | | Única | | | |
| Influenza | ANUAL | | | | |
| | ANUAL | | | | |
| | ANUAL | | | | |
| Neumococo 23 | | 1 | | | |
| Meningococo | | 1 | | | |
| Prevenar 13 | | | | | |
| Varicela | | | | | |
| OTRAS | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |




| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 08/03/21 | PFIZER1 | EN1165 | H.S.L.V | Yamilet Sabanero | 1058188698 |
| | 1 | 27/4/21 | pfizer | EE1742 | H.S.L.V | Yamilet Sabanero | 1058188698 |
| | | 26/NOV/21 | Moderna | 901 752A | BIOSUR VACUNACION | Coral | 34323638 |

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Tuque | TOSSE | Lina Marcela. |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C ⊗ C.E ○ PAS ○ No. 1.063810706 | F ⊗ M ○ | COL. Ⓥ EXTRANJERO ○ | |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] | Vereda Cinco Dias. |
| PAÍS Colombia | PAÍS Colombia. DEPTO Cauca. |
| DEPTO Cauca. | MUNICIPIO Timbio |
| MUNICIPIO Timbio. | TELÉFONO 3205257612 EMAIL Marcelat1991@gmal.com |

## 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 tecnico Agropecuario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO 08-12-2007 |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 2007 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Tecnologo en Administra- | | | |
| TL. | | X | | cion Empresa Agropecua- | 06 | 2011 | |
| | | | | rios | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Prolimpar impecable con el resultado | | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca. | Popayan. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 318 369 8098 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| auxiliar servicios generales. | Desinfección | HSIV |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Limpiamos multiservicios. | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca. | Popayan | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 317 384 6462 | DÍA 01 MES 12 AÑO 2023 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| auxiliar S. generales. | Urgencias Adultos | HSIV |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Pro lavanderia. | | x | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayan. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 318 3820173 | DÍA 15 MES 05 AÑO 2023 | DÍA 07 MES 10 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar servicios generales | Hospitalización | Estancia. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| clelio Castro- Cartagena. | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayan. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3184151169 | DÍA 29 MES 12 AÑO 2021 | DÍA 14 MES 05 AÑO 2023 |

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 2 | 3 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 6 | 3 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Popayan. 22. May. 2026

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

*Ciudad y fecha*

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



Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.063.810.706
TRUQUE TOSSE
APELLIDOS
LINA MARCELA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-1991
TIMBIO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-ENE-2009 TIMBIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:18:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1063810706 |
| Código de Verificación | 1063810706260907111800 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302587586

PIB
17:06:09


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) LINA MARCELA TRUQUE TOSSE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1063810706:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 10:56:18 AM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1063810706**
Apellidos y Nombres: **TRUQUE TOSSE LINA MARCELA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Institución Educativa Agropecuaria
Santa María
Timbío - Cauca

# Acta de Grado

En Timbío - Cauca a los 8 días del mes de Diciembre de 2007, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del Grado Once, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría de la Institución Educativa Agropecuaria Santa María.

Institución aprobada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca, según Resolución No. 0452 de Abril 26 de 2004 para otorgar el título de Bachiller Técnico Especialidad Agropecuarias.

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

## Bachiller Técnico
## Especialidad Agropecuaria

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

**Lina Marcela Truque Tosse**

T. I. No. 91011600592 de Popayán - Cauca

Es fiel copia del Acta Original General de Graduación Nº. 016 del 8 de Diciembre de 2007, que consta de Nueve ( 9 ) estudiantes graduados, que comienza con el nombre de: Juan Ernesto Cabrera Meneses y se cierra con el nombre de Lina Marcela Truque Tosse.

Firmada y sellada por José Antonio Contreras Narváez (Rector) y Gloria Inés Manzano Dueñas (Secretaria)

Dada en Timbío - Cauca, a los 8 días del mes de Diciembre de 2007

José Antonio Contreras Narváez
C.C. 76309.692 de Popayán C.
Rector

Gloria Inés Manzano Dueñas
C.C. 25.706.721 de Timbío
Secretaria

IMPRESIONES GRACIAS - Cra. 6 Nº. 5-31 Teléfax: 8240524 Popayán

La República de Colombia
y en su nombre

# La Institución Educativa Agropecuaria "Santa María"

Timbío - Cauca

Autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca, según Resolución No. 0452 del 26 Abril de 2004

Confiere a:

## Lina Marcela Truque Tosse

T. I. No. 91011600692 de Popayán - Cauca

El Título de:

# Bachiller Técnico

## Especialidad Agropecuarias

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación Integral correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, según los Planes y Programas vigentes contemplados en el Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. del Establecimiento Educativo.

Dado en Timbío - Cauca, a los 8 días del mes de Diciembre de 2007

Anotado al Folio No. 15 Libro de Registro No. 01

José Antonio Contreras Narváez
Rector

Gloria Inés Manzano Dueñas
Secretaria

No. 37949

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Lina Marcela Troque tosse

C.C.: 1063810706.

CARGO O No DE CONTRATO: Servios Generales #109 del 2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |
| | X | |
| | | |

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos especificos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Lina Marcela Trujue.
Firma del trabajador
1.063810706

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.651

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| TRUQUE TOSSE LINA MARCELA | FEMENINO | 35 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS | CC (Tipo) | 1063810706 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 15 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

TRABAJADOR EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON IMC EN NIVEL DE SOBREPESO COMO UNICO HALLAZGO POSITIVO, POR LO QUE SE DA RECOMENDACIONES DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES COMO ALIMENTACION BALANCEADA Y ACTIVIDAD FISICA DE MANERA REGULAR.

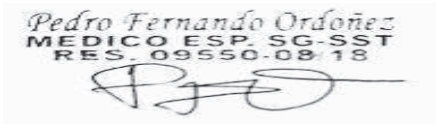
ES APTA PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA SIN NINGUNA RESTRICCION

SE DA RECOMENDACIONES OCUPACIONALES COMO USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS EN CADA JORNADA LABORAL.

EN LA EMPRESA ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, REPORTAR DE INMEDIATO A LA ARL EN CASO DE PRESENTARSE ACCIDENTE LABORAL, CONTINUAR EN SU EPS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE ACUERDO A LA EDAD Y AL GENERO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**

P979V1B69651

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** TRUQUE TOSSE LINA MARCELA

**CC:** 1063810706

| Prolimnar<br>IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO | CERTIFICACIÓN LABORAL | CÓDIGO: | SIG-RH-F-12 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE APROBACIÓN: | 20/05/2025 |
| | | VERSIÓN: | 2 |
| | | PÁGINA: | 1 de 1 |

LA EMPRESA PROLIMNAR DEL SUR S.A.S

NIT. 901.107.773 – 4

HACE CONSTAR QUE:

La señora **LINA MARCELA TRUQUE TOSSE** identificada con Cedula de Ciudadanía No **1063810706** de Timbio (C), laboro como

| CARGO | FECHA INICIAL | FECHA FINAL | TIPO DE CONTRATO |
|---|---|---|---|
| Auxiliar de Servicios Generales | 15/07/2024 | 28/02/2026 | Obra o labor contratada |

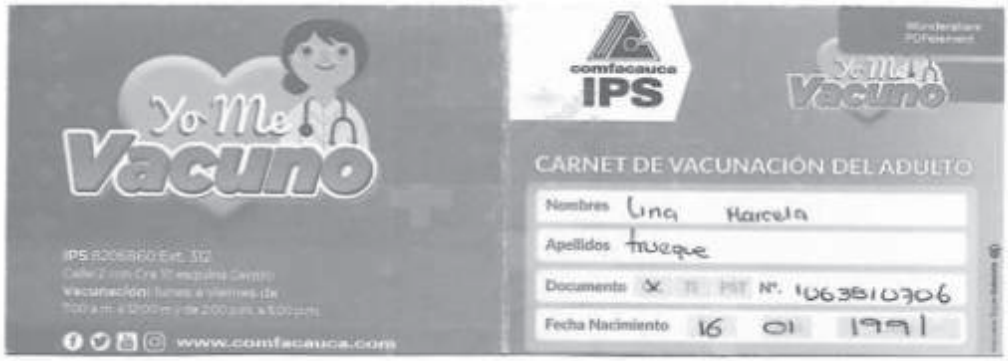
Último salario básico devengado UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($1.750.905)

Para constancia se expide a solicitud del interesado, a los 06 días del mes de Marzo de 2026

**L. Lorena Hidalgo Riascos**
Directora de gestión humana
Prolimnar Del Sur S.A.S

Prolimnar
IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO
Nit: 901.107.773-4
Director de Gestión Humana

Proyectó: Lorena Hidalgo R. Cargo directora de gestión humana
Para efecto de verificación de autenticidad, comunicarse: 318 369 8088
E-MAIL: gnprolimnar@gmail.com Celular: 6027337881




| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 24-4-24 | 034340061 | Gaby |
| | 2 | 5-9-24 | 08430006C | Daniela |
| | 3 | 23 04 2025 | 220500241B | Gaby |
| | R | 23-04-2025 | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre amarilla | Única | | | |
| Influenza ANUAL | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Neumococo 23 | 1 | | | |
| Meningococo | 1 | | | |
| Prevenar 13 | | | | |
| Varicela | | | | |
| OTRAS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Lina Mercedes

Apellidos: Arango Jossa

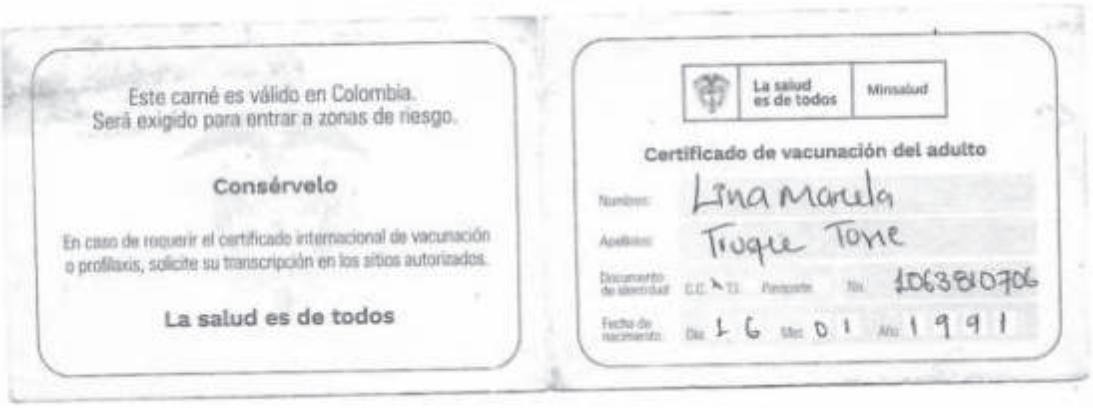
Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1 0 6 7 3 8 1 3 7 0 6

Fecha de nacimiento: Día 1 6 Mes 0 1 Año 1 9 9 1

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 2-05-23 | M5032503 | Juan Ortiz |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Minsalud

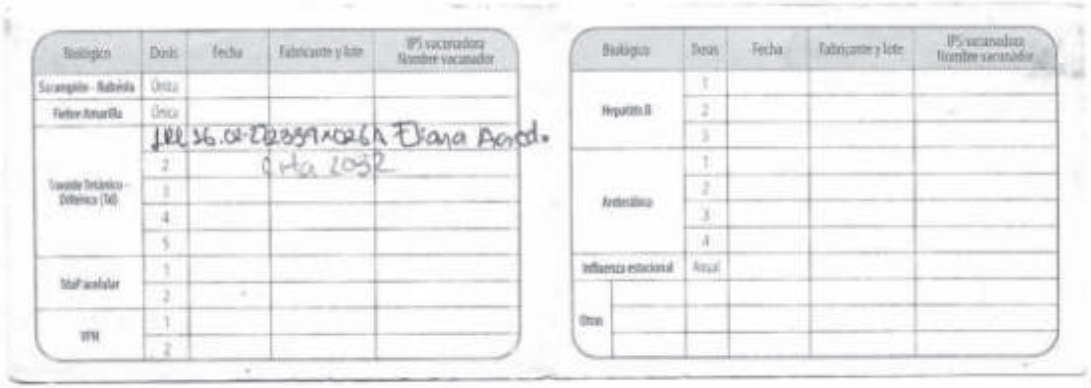
**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Lina Marcela

Apellidos: Trujre Torre

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1063810706

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 01 Año 1991



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 16.01.2023 | 9Ha 2052 | Diana Acad. |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Sabín oral/ular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antiamarílica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| Otras | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| DIAZ | | LIZETH GABRIELA |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1061694422** | *SEXO*: F (X) M ( ) | *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS* ____

*LIBRETA MILITAR*

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 16 MES 01 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYAN

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CARRERA 46ª # 6 - 08

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYÁN

TELÉFONO 3044580265 – 3226198664 EMAIL diaslizethgabriela22@gamil.com

## 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:* BACHILLERATO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 2021 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

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

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* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| PROLIMNAR DEL SUR | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYÁN | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES | | HOSPITAL SUSANA LOPEZ |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

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

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

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

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

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

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

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

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

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

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

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 PÚBLICO* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | *4* | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| *TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA* | *4* | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y Fecha de diligenciamiento*: Popayán 22 de Mayo de 2026*



*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*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.061.694.422

DIAZ

APELLIDOS

LIZETH GABRIELA

NOMBRES

lizeth Gabriela Diaz

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-1987

POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

02-FEB-2005 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1100100-01282525-F-1061694422-20211104 0076019353A 1 8502668803

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:18:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1061694422 |
| Código de Verificación | 1061694422260907111858 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302588159

PIB
17:11:09


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) LIZETH GABRIELA DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1061694422:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 10:58:34 AM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1061694422**
Apellidos y Nombres: **DIAZ LIZETH GABRIELA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Institución Educativa Técnica
Tomás Cipriano de Mosquera
Jornada Nocturna
Popayán - Cauca

Dane No. 119001000981
Nit. 817.001.894-9

# Acta de Grado

En la ciudad de Popayán - Cauca a los 0 días del mes de Diciembre de dos mil veintiuno (2021), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del Grado Once, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría de la

**Institución Educativa Técnica "Tomás Cipriano de Mosquera" de Popayán.**

Institución Educativa aprobado en el Nivel de Educación Media y autorizado por la Secretaría de Educación del Municipio de Popayán, Departamento del Cauca para otorgar el Título de **Bachiller en la Modalidad Académica**, mediante Decreto 5021 de 1997, y Resolución 01821 del 4 de Septiembre de 2008.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los graduandos y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de

## Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

**Lizeth Gabriela Diaz**
**C.C. No. 1.061.694.422 de Popayán -Cauca**

Es fiel copia del Acta Original General de Graduación No. 005 del 0 de Diciembre de 2021, que consta de veinticuatro (24) estudiantes graduados, que comienza con el nombre de:

Aquite Ramos Flor Ayde

y se cierra con el nombre de

Zambrano Ortiz Carol Dayana

En constancia se firma en Popayán, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 del 20 de Enero de 1981.

Dada en Popayán - Cauca, a los 0 días del mes de Diciembre de 2021

Julio César Pito Urbano
C.C. 76.304.217 de Popayán
Rector

Luz Amparo Prado Orozco
C.C. 34.533.578 de Popayán
Secretaria

En República de Colombia
y en su nombre

# Institución Educativa Técnica Tomás Cipriano de Mosquera

Popayán - Cauca
Nit. 817.001.853-1 - Codigo Dane: 119001003981

Aprobada por la Secretaria de Educacion Municipal de Popayán,
según Resolución No. 01821 del 4 de Septiembre de 2008,
Decreto No. 139 del 6 de Agosto de 2003

Confiere a:

**Lizeth Gabriela Diaz**
**C.C. No. 1.061.694.422 de Popayán - Cauca**

El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los Planes y Programas vigentes, contemplados en el Proyecto Educativo Institucional P.E.I. del Establecimiento Educativo y Decreto 3011 de 1997.

Dado en Popayán - Cauca a los 6 dias del mes de Diciembre de 2021

Anotado en el Folio No. 2443 Libro de Registro No. 01 Diploma No. 51287

Mg. Julio Cesar Pito Urbano
C.C. 76.304.217 de Popayán
Rector

Luz Amparo Prado Orozco
C.C. No. 34.533.578 de Popayán
Secretaria

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Lizeth Gabriela Diaz

C.C.: 1061699422

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Lizeth Gabriela Diaz
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.708

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| DIAZ LIZETH GABRIELA | FEMENINO | 39 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS | CC (Tipo) | 1061694422 (Número) |

Cargo

**AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 20KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**



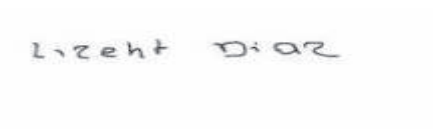

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
I979O1U69708

**Aspirante o Trabajador**




**Firma:**

**Nombre:** DIAZ LIZETH GABRIELA

**CC:** 1061694422

Limpiamos

Y Limpiamos S.A.S.

## CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS Y LIMPIAMOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la Señora LIZETH GABRIELA DIAZ , identificada con cedula de ciudanía No. 1.061.694.422 de Popayán Cauca, labora en nuestra empresa desde el 01 de Julio de 2021 hasta la actualidad, desempeñándose como auxiliar de Servicios Generales, con contrato a Término Indefinido y con unos ingresos mensuales de $ 908.526 pesos moneda cte.

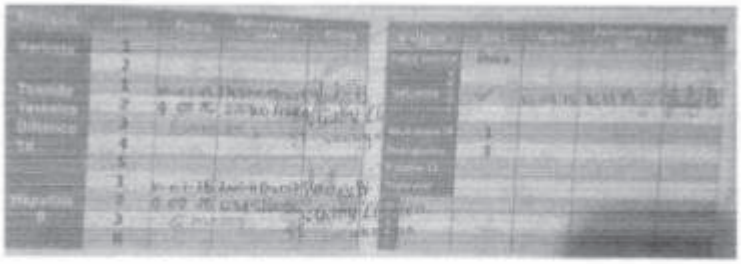
Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los seis (6) días del mes de enero de 2022.

Cordialmente,

LIMPIAMOS Y LIMPIAMOS S.A.S "Empresa Multiservicios"

***CELIMO BANGUERO MERA***
*Gerente General*
*Carrera 26 No.9A - 09 Barrio Santa Elena - Puerto Tejada C.*

*Tel: 828 48 20 – 317 384 64 62 – 312 840 10 69 E-mail:*
*limpiamosmultiservicios@gmail.com*




IPS
Carnet de
Vacunación
del adulto


MiVacuna
www.minsalud.gov.co
MiVacuna






Comparte
La salud es de todos

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 3 años | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* 24-05-2026

Liyibeth castaño Perez

*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*

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Castaño | Perez | Liyibeth |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 34328110

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 30 MES 07 AÑO 1984

PAÍS: colombia

DEPTO: Cauca

MUNICIPIO: Popayan

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: calle 25b # 12-34

PAÍS: colombia DEPTO: Cauca

MUNICIPIO: Popayan

TELÉFONO: 3154694534 EMAIL: liyibethcastaneda03@yahoo.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 04 AÑO 2009 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Primaria | 9 años | X | | | 11 | 2003 | |
| Bachiller | 6 años | X | | Bachiller. | 12 | 2008 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Prolimnar del sur | X | | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayán | gherolimnar@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6027337861 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios generales | HSLU | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Limpiamos Multiservicios sas. | X | | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| cauca | Popayan | limpiamosmultiservicios@gmail |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8284820 | DÍA 01 MES 06 AÑO 2023 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios generales | | Carrera 26 No 9 A -09 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

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

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

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

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

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

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

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **34.328.110**

**CASTAÑO PEREZ**

APELLIDOS

**LIYIBETH**

NOMBRES

Liyibeth Castaño Perez

FIRMA






INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-JUL-1984**

**POPAYAN**
**(CAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.57**
ESTATURA

**A+**
G.S. RH

**F**
SEXO

**03-FEB-2003 POPAYAN**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1100100-01112955-F-0034328110-20191119 0068999848A 1 7755732582

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:20:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 34328110 |
| Código de Verificación | 343281102609071120 03 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302587983

PIB
17:09:39


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) LIYIBETH CASTAÑO PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34328110:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:00:42 AM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34328110**
Apellidos y Nombres: **CASTAÑO PEREZ LIYIBETH**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

*INSTITUCIÓN EDUCATIVA "LOS COMUNEROS"*
*SEDE JOSÉ ANTONIO GALÁN No 1*
*POPAYÁN*

# *Acta de Grado*

En Popayán - Cauca a los 4 días del mes de Diciembre de 2008 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de grado once, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA " LOS COMUNEROS"** de Popayán.

Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento del Cauca para otorgar el titulo de **BACHILLER ACADÉMICO,** según resolución No 2171 del 13 de Noviembre del año 2002 .

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

**BACHILLER ACADÉMICO**
**Con Énfasis en Desarrollo Comunitario**

Al graduando cuyos nombres, apellidos y numero de documento de identificación se relacionan a continuación:

Liyibely Castaño Pérez

Identificado (a) con CC N° 34.328.110 de Popayán.

--Es fiel copia del Acta Original General No. del 4 de Diciembre de 2008 que consta de 306 alumnos que comienzan con el nombre de **Agredo Anaya Lency Yoana** y se cierra con el nombre de **Zúñiga Silvia Lorena.**

Firmada y sellada por el **Lic. Walter Augusto Gaviria Gómez (Rector) y Olga María Castrillón ( Coordinadora Sede JAG No1).**

Dada en Popayán - Cauca a los 4 días del mes de Diciembre de 2008

WALTER AUGUSTO GAVIRIA GÓMEZ
Rector

Olga María Castrillón
Coordinadora Sede JAG No 1

La República de Colombia

y en su nombre

# La Institución Educativa "Los Comuneros"

## Sede José Antonio Galán No 1

Popayán - Cauca

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca

según Resolución No. 2171 del 13 de Noviembre de 2002

Decreto 3011-0230 de 2002 y Decreto Municipal No. 139 del 6 de Agosto de 2003

Confiere a :

## Liyibely Castaño Pérez

Identificado(a) con CC N° 34.328.110 de Popayán.

El Título de

# Bachiller Académico

## Con Énfasis en Desarrollo Comunitario

Por haber cursado y aprobado los Estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes contemplados en el Proyecto Educativo Institucional

POPAYAN
INSTITUCION EDUCATIVA
LOS COMUNEROS
EDUCACION Y TRABAJO

Walter Augusto Gaviria Gómez
Rector

Olga María Castrillón
Coordinadora Sede JAG No 1

Dado en Popayán - Cauca a los 4 días del mes de Diciembre de 2008

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 02 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Liyibely Castaño Perez

C.C.: 34328110

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Sòcialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos, - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Lyubell Castaño Perez
B4328110.

Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765

Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.698

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CASTAÑO PEREZ LIYIBETH | FEMENINO | 41 AÑOS 7 MESES 25 DÍAS | CC (Tipo) | 34328110 (Número) |

Cargo

**AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS : MNUTRICIONISTA | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 20 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA E CARGO -.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
B979H1N69698

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:** Liyibelly castano

**Nombre:** CASTAÑO PEREZ LIYIBETH

**CC:** 34328110

Limpiamos MULTISERVICIOS SAS

SERVICIOS PROFESIONALES DE LIMPIEZA
INDUSTRIAL, COMERCIAL Y HOSPITALARIA
MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

## CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8.

Hace constar que la señora **LIYIBETH CASTAÑO PEREZ** identificada con cedula de ciudadanía No. 34.328.110 de Popayán - cauca, laboro en nuestra empresa desde el 01 de junio del 2023 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

**Gerente General**

**LIMPIAMOS MULTISERVICIOS S.A.S "Empresa Multiservicios"**
*Carrera 26 No.9A - 09 Barrio Santa Elena - Puerto Tejada C. Tel: 828 48 20 – 317 384 64 62 – 312 840 10 69 E-mail: limpiamosmultiservicios@gmail.com*

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luis Carlos

Apellidos: Perez

Documento de identidad: CC ^ CE PA CD SC PE PPT DE

Número de documento: 1 1 0 2 4 3 2 1

Fecha de nacimiento: Día 30 Mes 06 Año 1984

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| npion - Rubéola | Única | | | |
| bre Amarilla | Única | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| lde Tetánico - Tétnico (Td) | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| | 1 | | | |
| P acelular | 2 | | | |
| | 1 | | | |
| patitis B | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 12-03-25 | W3O5E5OWL | Jem Cenus |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Arroyave | Sarmiento | Luz Angela |

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

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 31 MES 01 AÑO 1979

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cauca

MUNICIPIO: Popayan

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA _____

PAÍS _____ DEPTO _____

MUNICIPIO _____

TELÉFONO _____ EMAIL _____

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 08 AÑO 1998 |

*EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)*

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Solsea S.A.S. | | ✓ | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayan | rh@solseaasas.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 322 5219641 | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

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

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Nariño | Pasto | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 01 MES 10 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

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

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Norte Tolima | Valle del Cauca | limpiamosmultiservicios@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 317 3846462 | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

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

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 15 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Popayan 23/05/26

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

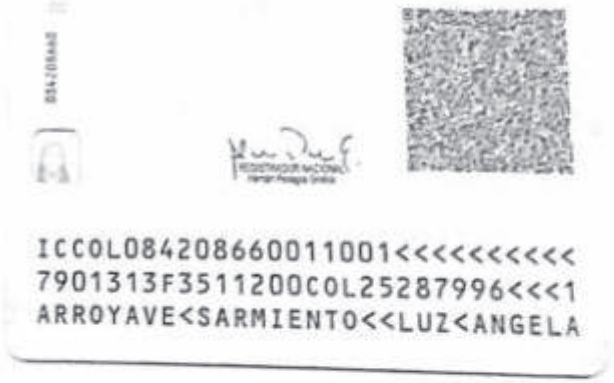
## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

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




Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:20:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 25287996 |
| Código de Verificación | 252879962609071120 48 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302588329

PIB
17:12:33


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) LUZ ANGELA ARROYAVE SARMIENTO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25287996:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:03:05 AM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **25287996**
Apellidos y Nombres: **ARROYAVE SARMIENTO LUZ ANGELA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

# El Centro Educativo Formal para Adultos del Cauca

POPAYAN . CAUCA

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO NRO.1624 DEL 11 DE JUNIO DE 1998 DE LA SECRETARIA DE EDUCACION CULTURA Y DEPORTE DEL CAUCA CONFORME A LOS DECRETOS 1860 DE 1994 DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL.

## CONFIERE A

## Luz Angela Arroyave Sarmiento

*T I No 790131-31038 de Popayán*

## EL TITULO DE

# Bachiller Académico

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA ACADEMICA, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES

DADO EN Popayán A LOS 8 DIAS DEL MES DE Agosto DE 199 8

ANOTADO AL FOLIO 09 LIBRO DE REGISTRO 021

RECTOR (A)

SECRETARIO (A)

Nº 19642

Scanned by TapScanner

# CENTRO EDUCATIVO FORMAL PARA ADULTOS DEL CAUCA

Licencia de Funcionamiento Nº. 1624 del 11 de junio de 1998
de la Secretaría de Educación, Cultura y Deporte
**POPAYAN**

**ACTA DE GRADO**
Dirección Avenida Aeropuerto Popayán
Jornada Nocturna

En Popayán a 8 días delmes de Agosto de 1.998, se reunieron con el fin De formalizar la graduación de los alumnos del grado once, los suscritos Rector y Secretario, en la Rectoría del CENTRO EDUCATIVO FORMAL PARA ADULTOS DEL CAUCA – POPAYAN

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de **BACHILLER** en la modalidad de **ACADEMICO** según Licencia de Funcionamiento Nº. 1624 del 11 de junio de 1998 de la Secretaría de Educación, Cultura y Deportes del Cauca, conforme a los Decretos 1860 de 1994 y 3011 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a l Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de

**BACHILLER ACADEMICO**

Al graduando cuyo nombre , apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación

LUZ ANGELA ARROYAVE SARMIENTO

T.I.# 790131-51038 de Popayán

Es fiel copia del Acta original General Nº. 0030 de fecha 8-08 de 1998 que consta de 230 ( )

Alumnos, que comienzan con el nombre de EDGAR ANDRES ADRADA SOLARTE

Y se cierra con el nombre de LILI YASMID ZUÑIGA MOSQUERA

Firmado

Jaime Giraldo Arbeláez
RECTOR

Erwin Richard Viana Contreras
SECRETARIO

Dada en Popayán, El 8 de Agosto de 1.998

Firmado

Jaime Giraldo Arbeláez
RECTOR
C.C. Nº. 4.508.294 de Pereira

Erwin Richard Viana Contreras
SECRETARIO
C.C. Nº. 76.315.840 Popayán

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN ☐ REINDUCCIÓN ☐ FECHA: _____ / _____ / _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Luz Angela Anoyave Sarmiento

C.C.: 25287996

CARGO O No DE CONTRATO: _____

DEPENDENCIA : _____

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | X | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos especificos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765

Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.674

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| ARROYABE SARMIENTO LUZ ANGELA | FEMENINO | 47 AÑOS 0 MESES 24 DÍAS | CC (Tipo) | 25287996 (Número) |

Cargo

**AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
Y979E1K69674

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** ARROYABE SARMIENTO LUZ ANGELA

**CC:** 25287996

Limpiamos

Y Limpiamos S.A.S.

## CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS Y LIMPIAMOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la Señora **LUZ ANGELA ARROYAVE,** identificada con cedula de ciudania No. 25.287.996 de Popayán, Cauca, labora en nuestra empresa desde el 01 de Junio de 2020 hasta la actualidad, desempeñándose en el área de Servicios Generales, con contrato a Término Fijo y con unos ingresos mensuales de $ 877.803 y Auxilio de Transporte de $ 102.854 pesos moneda cte.

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los Treinta (30) días del mes de Julio de 2020.

Cordialmente,

LIMPIAMOS Y LIMPIAMOS S.A.S "Empresa Multiservicios"

***CELIMO BANGUERO MERA***
*Gerente General*

*Carrera 26 No.9A - 09 Barrio Santa Elena - Puerto Tejada C.*
*Tel: 828 48 20 – 317 384 64 62 – 312 840 10 69*
*E-mail: limpiamosmultiservicios@gmail.com*

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

| Nombres y apellidos / Full name | Tipo de identificación / ID Type |
|---|---|
| LUZ ANGELA ARROYAVE SARMIENTO | CÉDULA DE CIUDADANÍA |
| **Número de identificación / ID Number** | **Fecha de nacimiento / Date of birth** | **País nacimiento / Country of birth** |
| 2 5 2 8 7 9 9 6 | 31/01/1979 | COLOMBIA |
| **Número de contacto (móvil) / Phone number** | **Correo electrónico / e-mail** |
| 0000 | notieen@gmail.com |

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B Adultos Particular | Tercera | 9 | 2 | 2026 | | 0345I002D | POPAYAN COMFACAUCA - CAUCA | GABY PAOLA LLANTEN VALVERDE - CC1061711222 - Activo |

1 año - proxima cita

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

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

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

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

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

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

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

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

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

## Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 1f8a07-e0a-43e1-9750-46d05b547f

Nombres y apellidos / Full name: **LUZ ANGELA ARROYAVE SARMIENTO**

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

Número de identificación / ID Number: **2 5 2 8 7 9 9 6**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **31/01/1979**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **0000**

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

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunad. / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| TD Adulto Particular | Primera | 4 | 1 | 2019 | | 220800017A | POPAYAN COMFACAUCA | LICET MARCELA CASTILLO ZUÑIGA |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera | 4 | 1 | 2019 | | AHBVC711AF | POPAYAN COMFACAUCA | LICET MARCELA CASTILLO ZUÑIGA |
| TD Adulto | Tercera | 23 | 11 | 2020 | | 2338L024F | POPAYAN CENTRO MEDICO SANITAS | ALEJANDRA AGREDO MUÑOZ |
| TdaP Acelular Gestante | Anual | 23 | 12 | 2020 | | AC37B351AA | POPAYAN CENTRO MEDICO SANITAS | diana carolina santacruz lora |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 1 | 9 | 2021 | | P100312112 | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ | Mayeli Tobar |
| TD Adulto | Cuarta | 30 | 9 | 2021 | | 2339X026A | POPAYAN CENTRO MEDICO SANITAS | Marlith Lorena Galvis |
| COVID MODERNA | Primera | 29 | 10 | 2021 | MODERNA SWITZERLAND GMBH | 940874 | POPAYAN CENTRO MEDICO SANITAS | MANYERLY BOLAÑOS BOLAÑOS |
| COVID MODERNA | Segunda | 26 | 11 | 2021 | MODERNA SWITZERLAND GMBH | 017J21A | POPAYAN BIOS MEDICAL CENTER | LEYDY JOHANA MOSQUERA HERNANDEZ |
| TD Adulto Particular | Segunda | 26 | 4 | 2024 | | 220800924B | POPAYAN COMFACAUCA - CAUCA | GABY PAOLA LLANTEN VALVERDE - CC1061711222 - Activo |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda | 26 | 4 | 2024 | | 0345I002D | POPAYAN COMFACAUCA - CAUCA | GABY PAOLA LLANTEN VALVERDE - CC1061711222 - Activo |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 24 | 9 | 2024 | Green Cross | V50524005 | IPS NUEVA POPAYAN | GLORIA ELIZABETH MUÑOZ MUÑ |
| Fiebre Amarilla | Única | 14 | 5 | 2025 | Bio-Manguinhos/FIOCRUZ | 23K0927 | POPAYAN HOSPITAL MARIA OCCIDENTE | LUCY XIMENA VELASCO LUNA - CC25291375 - Activo |
| TD Adulto | Quinta | 14 | 5 | 2025 | Serum | 2334X006A | POPAYAN HOSPITAL MARIA OCCIDENTE | LUCY XIMENA VELASCO LUNA - CC25291375 - Activo |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 16 | 5 | 2025 | GC BIOPHARMA CORP | V50525005 | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | JUAN CARLOS GUERRERO CASTILLO - CC10087420 - Activo |

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

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

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

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

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

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

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

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| CORTES | QUINTERO | LUZ MARITZA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 34330.456

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 18 MES 08 AÑO 1985

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CAUCA

MUNICIPIO: POPAYAN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRUCERO DE PUELENJE

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CAUCA

MUNICIPIO: POPAYAN

TELÉFONO: 3104257380 EMAIL: maritkortes@gmail.com

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO: 22 |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 06 AÑO 2007 |
| | | | | X | | | | | | X | |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

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

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

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

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

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SOLSERVAS.AS | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | rhsolseraas.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8.344967 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2026 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX. SERVICIOS GENERALES | | CALLE 8N # 10N-44 B/SANTA CLARA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| PROLIMNAR | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | gh.prolimnar@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3183698088 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX. SERVICIOS GENERALES | | B. SANTA CLARA. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| LIMPIANOS MULTISERVICIOS | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | limpianosmultiservicios@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 317 384 6462 | DÍA 01 MES 06 AÑO 2020 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX. SERVICIOS GENERALES | | CARRERA 26 N9A B/SANTA HELENA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SOLO POR SERVICIO S.EN.C. | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | gerencia@soloporservicio.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8.20.8097 | DÍA 01 MES 01 AÑO 2019 | DÍA 31 MES 05 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX. SERVICIOS GENERALES | | CARRERA 2 NO 4-67 POPAYAN |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 12 | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 12 | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* 22-05-2026

LUZ MARITZA CORTES QUINTERO

*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 34.330.456
CORTES QUINTERO
APELLIDOS

LUZ MARITZA
NOMBRES

LUZ MARITZA CORTES QUINTERO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1985
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19 AGO 2003 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A 1100100-00835132 F 0034300456 20160604 0050073XXAA 2 7753899153

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:21:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 34330456 |
| Código de Verificación | 34330456260907112139 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302588505

PIB
17:13:52


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) LUZ MARITZA CORTES QUINTERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34330456:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:05:44 AM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34330456**
Apellidos y Nombres: **CORTES QUINTERO LUZ MARITZA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Institución Educativa
Tomás Cipriano de Mosquera
Jornada Nocturna
Popayán - Cauca

# Acta Individual de Grado

En Popayán - Cauca a los Veintidós ( 22 ) días del mes de Junio de dos mil siete ( 2.007), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del Grado Once, el suscrito Rector y la Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa «Tomas Cipriano de Mosquera», de Popayán.
Institución Educativa aprobada hasta el Grado Once de Enseñanza Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura y Deporte del Municipio de Popayán, Departamento del Cauca, para otorgar el título de Bachiller Académico según Resolución No. 0110 del 1 de Diciembre de 2003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de

## Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

**Luz Maritza Cortes Quintero**
**C.C. No. 34.338.456 de Popayán - Cauca**

Es fiel copia del Acta Original General de Graduación Nº. 039 del 22 de Junio de 2007, que consta de Veinticinco ( 25) estudiantes graduandos, que comienza con el nombre de:

María Erfilia Añasco Lebaza
y se cierra con el nombre de
Diana Marcela Velasco Ramos

En constancia se firma en Popayán, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7º del Decreto 180 del 29 de Enero de 1.981.

Dada en Popayán - Cauca, a los 22 días del mes de Junio de 2007

Esp. Julio César Pito Urbano
C.C. No. 76.304.217 de Popayán
Rector

Luz Amparo Prado Orozco
C.C. No. 34.533.578 de Popayán
Secretaria

La República de Colombia
y en su nombre

# Institución Educativa
# Tomás Cipriano de Mosquera

Jornada Nocturna
Popayán - Cauca
Nit. 817.001.853.853-4 - Codigo Dane: 119001001733
Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura Municipal de Popayán
según Resolución No. 0110 del 1 de Diciembre de 2003

Confiere a:

## Luz Maritza Cortes Quintero

C.C. No. 34.330.456 de Popayán - Cauca

El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Académica, según los Planes y Programas
vigentes contemplados en el Proyecto Educativo Institucional - P.E.I.
del Establecimiento Educativo.

Dado en Popayán - Cauca, a los 22 días del mes de Junio de 2007

Anotado al Folio No. _____ Libro de Registro No. _____

Esp. Julio Cesar Pito Urbano
C.C. No. 76.304.217 de Popayán
Rector

Luz Amparo Prado Orozco
C.C. No. 34.533.578 de Popayán
Secretaria

No. 37306

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Luz Maritza Cortes Guintero

C.C.: 34330456

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes. - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

LUZ MARINA CORTES QUINTERO
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.763

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CORTES QUINTERO LUZ MARITZA | FEMENINO | 40 AÑOS 6 MESES 8 DÍAS | CC (Tipo) | 34330456 (Número) |

Cargo

**AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 13 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
D979J1P69763

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** CORTES QUINTERO LUZ MARITZA

**CC:** 34330456

| Prolimnar<br>IMPECABLE SERA EL RESULTADO | CERTIFICACIÓN LABORAL | CÓDIGO: | SIG-GH-F-12 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE APROBACIÓN: | 20/05/2025 |
| | | VERSIÓN: | 2 |
| | | PÁGINA: | 1 de 1 |

**LA EMPRESA PROLIMNAR DEL SUR S.A.S**

**NIT. 901.107.773 – 4**

**HACE CONSTAR QUE:**

La señora **LUZ MARITZA CORTES QUINTERO** identificada con Cedula de Ciudadanía No. **34330456** de Popayán (C), laboro como:

| CARGO | FECHA INICIAL | FECHA FINAL | TIPO DE CONTRATO |
|---|---|---|---|
| Auxiliar de Servicios Generales | 15/07/2024 | 28/02/2026 | Obra o labor contratada |

Último salario básico devengado UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($1.750.905).

Para constancia se expide a solicitud del interesado, a los 06 días del mes de Marzo de 2026.

**L. Lorena Hidalgo Riascos**
Directora de gestión humana
Prolimnar Del Sur S.A.S

Prolimnar
IMPECABLE SERA EL RESULTADO
Nit: 901.107.773-4
Director de Gestión Humana

*Proyectó: Lorena Hidalgo R. Cargo directora de gestión humana*
*Para efecto de verificación de autenticidad, comunicarse: 318 369 8088*
*E-MAIL: ghprolimnar@gmail.com Celular: 6027337861*

Limpiamos
MULTISERVICIOS SAS

SERVICIOS PROFESIONALES DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
INDUSTRIAL, COMERCIAL Y HOSPITALARIA
MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la señora **LUZ MARITZA CORTES QUINTERO** identificada con cedula de ciudadanía No. 34.330.456 de Popayán - cauca, laboro en nuestra empresa desde el 01 de junio del 2020 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

*MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL*

**Gerente General**

**LIMPIAMOS MULTISERVICIOS S.A.S "Empresa Multiservicios"**
*Carrera 26 No.9A - 09 Barrio Santa Elena - Puerto Tejada C. Tel: 828 48 20 – 317 384 64 62 – 312 840 10 69 E-mail: limpiamosmultiservicios@gmail.com*

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

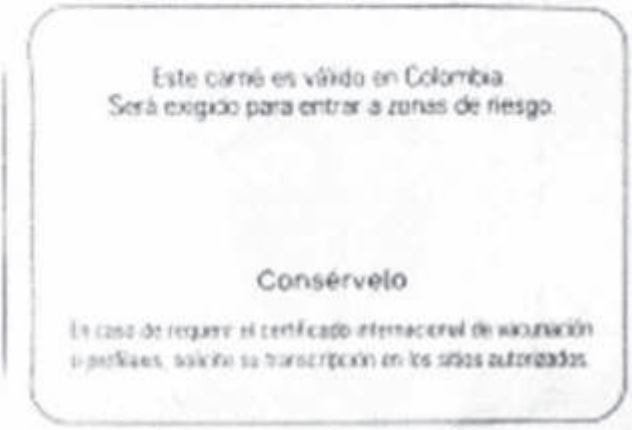
La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

**Certificado de vacunación**

Nombres: Luz Marilza
Apellidos: Cortez Quintero
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte PEP otro cual
No. 34330456
Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 08 Año 1985.

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 06 Oct 21 | PFIZER. | EW3344 | H.S.I.V | Yamilet Solarte Solarte | 1058788598 |
| | 2 | 04-11-21 | Pfizer | FP8027 | IPS CIAEPE | Edna Judit Pino Lasso Auxiliar de Enfermería C.C. 34.551.439 Reg. 122286 | |
| | | 28 Julio 2021 | Janssen | 3028214 | ESE Popayán | Daniela Muñoz M. AUXILIAR EN ENFERMERIA Reg. 17548 | 1002961059 |



Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luz Maritza

Apellidos: Cortes Quintero

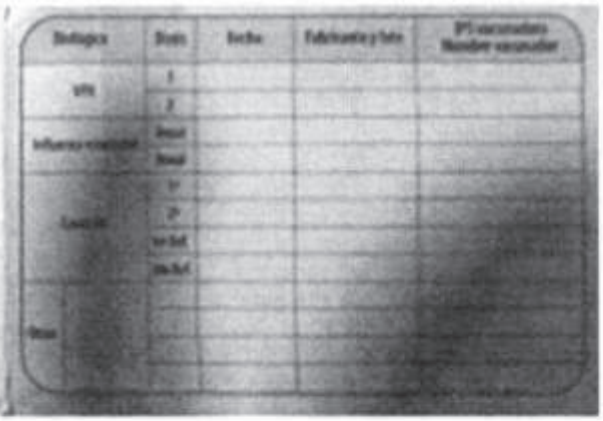
Documento de identidad: CC X CE PA CD SE PE PPT DE

Número de documento: 34330456

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 07 Año 1985



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Toxoide tetánico | Única | | | |
| Fiebre amarilla | Única | 3 5 23 | 2340927 | Nevada A. |
| Sarampión, Rubéola, Parotiditis (SRP) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Tdpf ambular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Fiebre AM | 1r | | | |
| | 2r | | | |
| | 1r Ref. | | | |
| | 2da Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |




| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 8.4.25 | 220T00974 | |
| | 2 | 8.5.25 | 220T00984 | |
| | 3 | 4.2.26 | 220P01184 | Gaby Liam |
| | 4 | | | VACUNACIÓN |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 18/04/25 | 0849300 | |
| | 2 | 08 | | Gaby |
| | 3 | 10. | | Gaby Liam |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre amarilla | Única | 9.5.25 | 23K07 | |
| Influenza ANUAL | | 15-05-25 | V5525005 | Dcen |
| Neumococo 23 | 1 | | | |
| Meningococo | 1 | | | |
| Prevenar 13 | | | | |
| Varicela | | | | |
| OTRAS | | | | |

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Ortiz | Bolaños | Luz Mary |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 34553304

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA MES AÑO

PAÍS

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS Colombia DEPTO Cauca

MUNICIPIO Popayán

TELÉFONO 3136405868 EMAIL

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 8o. 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 | X | MES 12 AÑO 2012 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 1 | X | | Manejo de residuos, aseo y desinfección | 01 | 2026 | |
| TC | 1 | X | | Primeros auxilios Basicos | 01 | 2026 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Limpiamos y Limpiamos. | | X | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca. | Popayán. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3136405868 | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

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

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Solo por Servicios | | X | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca. | Popayán. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3136405868 | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

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

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Prolimpar. | | X | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca. | Popayán. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 16 MES 07 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

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

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Solseaa SAS | | X | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca. | Popayán. | |

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

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 18 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 18 años | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Popayán. 23-Mayo-2026

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

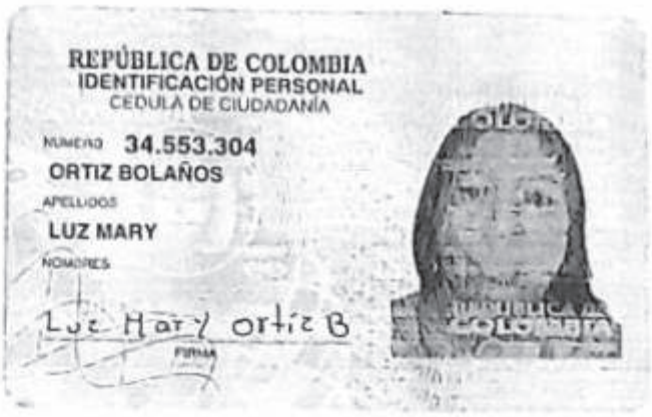
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

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



Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 34.553.304
ORTIZ BOLAÑOS
APELLIDOS
LUZ MARY
NOMBRES

Luz Mary Ortiz B
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1967
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

30-ABR-1987 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1100100-01290542-F-0034553304-20220413 0078771473A 1 8504328955

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:23:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 34553304 |
| Código de Verificación | 345533042609071123 09 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302588621

PIB
17:14:56


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) LUZ MARY ORTIZ BOLAÑOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34553304:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:13:24 AM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34553304**
Apellidos y Nombres: **ORTIZ BOLAÑOS LUZ MARY**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

La República de Colombia
y en su nombre, el

# Bachillerato Formal de Adultos del Cauca

# BEFAC

Popayán - Cauca

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según licencia de funcionamiento No. 1624 del 11 de Junio de 1998 y Licencia de Funcionamiento de la Secretaria de Educación Municipal SEM Popayán 4124 del 15 de Diciembre de 2010 y Resolución 1529 del 08 de Agosto del 2002 de la Secretaria de Educación, Cultura y Deporte del Departamento del Cauca conforme a los Decretos N° 1860 de 1994 y 3011 de 1997 Resolución Reglamentaria No. 5487 de 1998, Resolución SEM - Popayán 201217000004634 del 21 de Febrero de 2012, Resolución No. 03709/04/2011.

Confiere a:

# Ortiz Bolaños Luz Mary

Identificado(a) con C.C. 34.553.304 POPAYAN CAUCA

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rectora

BEFAC

Secretario

Anotado al Folio No. 058 Libro de Registro No. 067

Dado en Popayán - Cauca, a los 1 Días del mes de Diciembre de 2012

N° 20083

Powered by CamScanner

**BACHILLERATO FORMAL DE ADULTOS DEL CAUCA**

POPAYÁN - CAUCA

**ACTA DE GRADO**

Dirección: Avenida Aeropuerto INEM Popayán
Jornada Nocturna y Sabatina
Resolución Reglamentaria N° 5487 DE 1998

En Popayán a los **01** días del mes de **DICIEMBRE** del **2.012** se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del grado once, los suscritos Rector y Secretario, en la Rectoría del BACHILLERATO FORMAL PARA ADULTOS DEL CAUCA - POPAYÁN.

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de BACHILLER en la Modalidad de ACADÉMICO según Licencia de Funcionamiento N° 1624 del 11 de junio de 1998 y Resol. 1529 del 08 de agosto de 2002 de la Secretaría de Educación, Cultura y Deportes del Cauca, conforme a los Decretos 1860 de 1994 y 3011de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el Título de

## BACHILLERATO ACADEMICO

Al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

**ORTIZ BOLAÑOS LUZ MARY**

**C.C. 34.553.304 DE POPAYÁN - CAUCA**

Es fiel copia del Acta original General N° **0093** de fecha **01 DICIEMBRE** del **2.012**

que comienza con el nombre de **ACOSTA GARZON VIVIANA**

Y se cierra con el nombre de

**ZAMBRANO CHAPARRAL MAXIMINO**

Firmada y sellada Claudia Patricia Giraldo Carmona (Rectora) y Fernando Alirio Hurtado Mera(Secretario),

Dada en Popayán a los **01** días del mes de **DICIEMBRE** del **2.012**

Claudia Patricia Giraldo Carmona
C.C N° 34.559.338 de Popayán
RECTORA

Fernando Alirio Hurtado Mera
C.C N° 76.315.449 de Popayán
SECRETARIO

DIPLOMA N° **20083.**

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Luz Mary Ortiz Bolaños

C.C.: 34553304.

CARGO O No DE CONTRATO: Servicios Generales #109 del 2026

DEPENDENCIA: _____

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos especificos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Luz Mary Ortiz Bolaños
Firma del trabajador
34553304 pop

Firma del responsable de la inducción

1001730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.712

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| ORTIZ BOLAÑOS LUZ MARY | FEMENINO | 58 AÑOS 4 MESES 3 DÍAS | CC (Tipo) | 34553304 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
C979I1O69712

**Aspirante o Trabajador**

Mary Ortiz

**Firma:**

**Nombre:** ORTIZ BOLAÑOS LUZ MARY

**CC:** 34553304

SOLO POR SERVICIO S.EN C.
CR 2 4 67 BRR LA PAMBA
POPAYÁN 19
Colombia

**EL SUSCRITO JEFE DE PERSONAL:**

**HACE CONSTAR**

Que el señor ( a ) LUZ MARY ORTIZ BOLAÑOS Identificado ( a ) con cédula de ciudadanía No 34553304 de POPAYÁN laboró en la empresa en el cargo de Auxiliar de Servicios Generales , desde el 2019-01-01 (AA/MM/DD) hasta el 2020-05-31 (AA/MM/DD).
Su última asignación mensual fue $ 877.803,00 mcte, más recargos de Ley, su contrato era Termino Fijo

Se expide a solicitud del interesado (a) en la ciudad de POPAYÁN , el 16 de Junio de 2020 .

SOLO POR SERVICIO S EN C
NIT. 817.003.377-9
Carrera 2 No. 4-67
8208097
**MELBA AGREDO**
**Jefe de Talento Humano**



Powered by CamScanner

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS,** con Nit 900592590-8,

Hace constar que la señora **LUZ MARY ORTIZ BOLAÑOS** identificada con cedula de ciudadanía No. 34.553.304 de Popayán - cauca, laboro en nuestra empresa desde el 01 de junio del 2020 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

**Gerente General**




| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 R | 22.10.24 | 220800273A | Guby |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 25-9-24 | 0343600comfacauca | |
| | 2 | 22.10.24 | 0343600comfacauca | |
| | 3 | 22-04-25 | 220501124D | Guby |
| | R | 22 abril 2026 | | |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre amarilla | | Única | | | |
| Influenza | ANUAL | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Neumococo 23 | | 1 | | | |
| Meningococo | | 1 | | | |
| Prevenar 13 | | | | | |
| Varicela | | | | | |
| OTRAS | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 08-03-21 | Pfizer I | EN1195 | H.S.L.V | Yamilet Salamanca | 1058288698 |
| | 2 | 29-04-21 | Pfizer | ER1742 | H.S.L.V | Julia S. | 1063806513 |
| | | 26 nov 21 | Pfizer | FF 6849 | BIOS... JINACION | Coral | 34323638 |

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

**Certificado de vacunación**

Nombres: Luz Mary
Apellidos: Ortiz Bolaños
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 37555304
Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 10 Año 1967

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 151523 | V505250O5 | 0004 Hernandez |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: loz Mary

Apellidos: Ortiz Bolaños

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 3 4 5 5 3 3 0 4

Fecha de nacimiento: Día 2 2 Mes 1 0 Año 1 9 6 7

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Tafur | Intandara | Mabel xiomara |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1002963415 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | Colombia |

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 25 MES 09 AÑO 2001

PAÍS Colombia

DEPTO Cauca

MUNICIPIO Popayán

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 15 # 22-10 Retiro Alto

PAÍS Colombia DEPTO Cauca

MUNICIPIO Popayan

TELÉFONO 3126112209 EMAIL Mabeltafur321@6.

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO 2020-17-06 |
| 1o | 2o | 3o | 4o | 5o | 6o | 7o | 8o | 9o | 10 | X 11 | MES 06 AÑO 2020 |

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Sodexo SAS | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayán | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3008539865 | DÍA 28 MES 08 AÑO 2024 | DÍA 03 MES 01 AÑO 2025 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | | Clinica San Rafael |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Limpiamos y limpiamos sas | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayan | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 313 677 3945 | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | | HSLV |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Polinar | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayan | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3136773115 | DÍA 10 MES 07 AÑO 2025 | DÍA 27 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | | HSLV |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Staffing temporal | | x | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayán | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 12 MES 05 AÑO 2023 | DÍA 01 MES 09 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | | C. San Rafael |

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



Powered by CamScanner

FORMATO UNICO

# 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 NUMERO DE AÑOS Y MESES

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4 | 3 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 4 | 3. |

## 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 PUBLICA

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* _____

*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

Popayan Cauca 23-05-26 — Mabel Tafur.

*Ciudad y fecha* — *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*



Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.963.915
TAFUR INZANDARA
APELLIDOS
MABEL XIOMARA
NOMBRES
Mabel Tafur
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-2001
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
13-DIC-2019 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1100100-01120265-F-1002963915-20191217 00693 51204A 1 8500133253

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:31:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1002963915 |
| Código de Verificación | 1002963915260907113117 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302588778

PIB
17:16:00


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MABEL XIOMARA TAFUR INZANDARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002963915:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:15:17 AM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1002963915**
Apellidos y Nombres: **TAFUR INZANDARA MABEL XIOMARA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

La República de Colombia
y en su nombre

# Institución Educativa Técnica Tomás Cipriano de Mosquera

Popayán - Cauca
Nit. 817.001.853-1 - Codigo Dane: 119001003981

Aprobada por la Secretaría de Educación Municipal de Popayán,
según Resolución No. 01821 del 1 de Septiembre de 2008,
Decreto No. 139 del 6 de Agosto de 2003

Confiere a:

## Mabel Xiomara Tafur Juzandara

C.C. No. 1.002.963.915 de Popayán - Cauca

El Título de:

## Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los Planes y Programas vigentes, contemplados en el Proyecto Educativo Institucional P.E.I. del Establecimiento Educativo y Decreto 3011 de 1997.

Dado en Popayán - Cauca a los 17 dias del mes de Julio de 2020

Anotado en el Folio No. 2275 Libro de Registro No. 01 Diploma No. 50133

Mg. Julio Cesar Pito Urbano
C.C. 76.304.217 de Popayán
Rector

Popayán
Institución Educativa Técnica Tomás Cipriano de Mosquera

Luz Amparo Prado Orozco
C.C. No. 34.533.578 de Popayán
Secretaria

# Institución Educativa Técnica
# Tomás Cipriano de Mosquera
Jornada Nocturna
Popayán - Cauca

Dane No. 119001003981
Nit. 817.001.853-4

## Acta de Grado

En la ciudad de Popayán - Cauca a los 17 días del mes de Julio de dos mil veinte (2020), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del Grado Once, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría de la

Institución Educativa Técnica "Tomás Cipriano de Mosquera" de Popayán.

Institución Educativa aprobada en el Nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación del Municipio de Popayán, Departamento del Cauca para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Decreto 3011 de 1997, y Resolución 01821 del 4 de Septiembre de 2008.

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

## Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

**Mabel Xiomara Tafur Inzandara**

C.C. No. 1.002.963.915 de Popayán - Cauca

Es fiel copia del Acta Original General de Graduación No. 062 del 17 de Julio de 2020, que consta de treinta y dos (32) estudiantes graduados, que comienza con el nombre de:

Acosta Guerrero Beliyin Gisel

y se cierra con el nombre de

Zúñiga Zúñiga Kevin David

En constancia se firma en Popayán, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 del 29 de Enero de 1981.

Dada en Popayán - Cauca, a los 17 días del mes de Julio de 2020

Julio César Pito Urbano
C.C. 76.304.217 de Popayán
Rector

Luz Amparo Prado Orozco
C.C. 34.533.578 de Popayán
Secretaria

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Mabel Ximena Tafur

C.C.: 1002962915

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Sócialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos especificos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Mabellafor

Firma del trabajador
1002963915

Firma del responsable de la inducción

1061730765

Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.790

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| TAFUR INZANDARA MABEL XIOMARA | FEMENINO | 24 AÑOS 5 MESES 0 DÍAS | CC (Tipo) | 1002963915 (Número) |

Cargo

**AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 7 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
L979R1X69790

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:** Mabel Tafur

**Nombre:** TAFUR INZANDARA MABEL XIOMARA

**CC:** 1002963915

| Prolimnar<br>IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO | CERTIFICACIÓN LABORAL | CÓDIGO: | SIG-RH-F-12 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE APROBACIÓN: | 20/05/2025 |
| | | VERSIÓN: | 2 |
| | | PÁGINA: | 1 de 1 |

**LA EMPRESA PROLIMNAR DEL SUR S.A.S**

**NIT. 901.107.773 – 4**

**HACE CONSTAR QUE:**

La señora **MABEL XIOMARA TAFUR INZANDARA** identificada con Cedula de Ciudadanía No. **1002963915** de Popayán (C), laboro como:

| CARGO | FECHA INICIAL | FECHA FINAL | TIPO DE CONTRATO |
|---|---|---|---|
| Auxiliar de Servicios Generales | 10/07/2025 | 28/02/2026 | Obra o labor contratada |

Último salario básico devengado UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($1.750.905).

Para constancia se expide a solicitud del interesado, a los 06 días del mes de Marzo de 2026.

**L. Lorena Hidalgo Riascos**
Directora de gestión humana
Prolimnar Del Sur S.A.S

Prolimnar
IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO
Nit: 901.107.773-4
Director de Gestión Humana

Proyectó: Lorena Hidalgo R. Cargo directora de gestión humana
Para efecto de verificación de autenticidad, comunicarse: 318 369 8068
E-MAIL: ghprolimnar@gmail.com Celular: 6027337861



Powered by CamScanner

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

## Esquema de Vacunación

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d70061c5-4fb0-426d-9249-4f503b49d33b

Nombres y apellidos / Full name

**MABEL XIOMARA TAFUR INZANDARA**

Tipo de identificación / ID Type

**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number

**1 0 0 2 9 6 3 9 1 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth

**25/09/2001**

País nacimiento / Country of birth

**COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number

**000**

Correo electrónico / e-mail

**NT@GMAIL.COM**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Dia / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| COVID PFIZER | Primera | 06 | 04 | 2021 | PFIZER | EW3344 | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | HEYNER RODRIGUEZ |
| COVID PFIZER | Segunda | 27 | 04 | 2021 | PFIZER | ET6924 | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | JUAN CARLOS GUERRERO CASTILLO |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 10 | 08 | 2021 | | | POPAYAN C.S LOMA DE LA VIRGEN | MARISOL VILLANI |
| TD Adulto | Primera | 10 | 08 | 2021 | | | POPAYAN C.S LOMA DE LA VIRGEN | MARISOL VILLANI |
| TdaP Acelular Gestante | Anual | 20 | 10 | 2021 | Glaxo SmithKline | A637B360AB | POPAYAN CS SUROCCIDENTE | LORNY YARGOT SANDOVAL DOMINGUEZ |
| COVID PFIZER | Primer Refuerzo | 03 | 12 | 2021 | PFIZER | FJ1966 | POPAYAN BIOS MEDICAL CENTER | MARIA CORAL CALDERON SALCEDO |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 24 | 09 | 2024 | Green Cross | V50524005 | IPS NUEVA POPAYAN | GLORIA ELIZABETH MUÑOZ MUÑOZ |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera | 05 | 03 | 2025 | | | POPAYAN PREVENSALUD | LIDA EUGENIA APRAEZ MUÑOZ - CC48600280 - ACTIVO |
| TD Adulto Particular | Tercera | 05 | 03 | 2025 | | | POPAYAN PREVENSALUD | LIDA EUGENIA APRAEZ MUÑOZ - CC48600280 - ACTIVO |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda | 05 | 02 | 2026 | | | POPAYAN COMFACAUCA | GABY PAOLA LLANTEN VALVERDE - CC1061711222 - ACTIVO |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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

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

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

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

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

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

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

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Dolorte | Alveo | Magda Milena |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC (X) CE ( ) PAS ( ) No 34571010

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAIS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO DM

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES 07 AÑO 1976

PAIS Colombia

DEPTO Cauca

MUNICIPIO Popayán

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 39 # 2N-08 Torre C Apto 504

PAIS Colombia DEPTO Cauca

MUNICIPIO Popayán

TELEFONO 3105286490 EMAIL magdasolarte@gmail.

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO 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 | | | | | | | | | | | TITULO OBTENIDO Bachiller Academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o | 2o | 3o | 4o | 5o | 6o | 7o | 8o | 9o | 10 | 11 | MES AÑO 2016 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA

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

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

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

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

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Prolimpio | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cesar | Pueblo Bello | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3136773115 | DÍA 14 MES 04 AÑO 2025 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | Servicios Generales | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Lenjomos Multiservicios SAS | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cesar | Pueblo Bello | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3128107413 | DÍA 01 MES 06 AÑO 2020 | DÍA 15 MES 06 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | Servicios Generales | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Solo por Servicios | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cesar | Pueblo Bello | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8208049 | DÍA 01 MES 01 AÑO 2018 | DÍA 31 MES 05 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | Servicios Generales | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

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

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

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 6 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

*Ciudad y fecha* _____ *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34.571.910
SOLARTE ALVEAR
APELLIDOS
MAGDA MILENA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1976
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-OCT-1994 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1100100-00139650-F-0034571910-20091122 0006701019A 1 7770016200

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:32:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 34571910 |
| Código de Verificación | 345719102609071132O8 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302588888

PIB
17:24:26


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MAGDA MILENA SOLARTE ALVEAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34571910:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 05:18:16 PM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34571910**
Apellidos y Nombres: **SOLARTE ALVEAR MAGDA MILENA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Acta Individual de Grado

Resolución Oficial No. 01966 del 21 de Diciembre de 2004 otorgado por la Secretaria de Educación Municipal de Cultura y Deporte de Popayán

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 025

En la ciudad de Popayán (Colombia), a los (27) días del mes de Agosto del año 2016, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los Alumnos del Programa Bachiller Académico, los suscritos Rector (a) y consejo directivo del Colegio Instituto Bolivariano formal para Adultos, aprobada mediante resolución número 01966 de educación formal del 21 de Diciembre de 2004 otorgada por la secretaria de Educación Municipal de Popayán.
Para otorgar el título de Bachiller Académico.
Al bachiller cuyo nombre, apellido y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

*MAGDA MILENA SOLARTE ALVEAR*
*C.C 34571910 de Popayán*

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 025 de fecha 27 de Agosto de 2.016 que consta de 80 alumnos, que comienza con el nombre de ANA LIGIA CAMPO SOL y se cierra con el nombre de ZULY FERNANDA YONDAPIZ PITO, firmada por el Licenciado. NESTOR JOSE CORREA ORTIZ (Rector) Y NELSY SANCHEZ MANRIQUE. (Secretaria)

Dado en Popayán a los 27 días del mes de Agosto de 2.016

En constancia se firma la presente acta, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en los decretos 921 del 6 de Mayo de 1.994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1.995, de la Presidencia de la Repùblica de Colombia.

**LIC. NESTOR JOSE CORREA**
Rector
CC. 72.233.432 de Barranquilla

**NELSY SANCHEZ MANRIQUE**
Secretaria
CC 38.643.137 de Cali

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre, el

# Colegio Instituto Bolivariano

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución Municipal de Popayán
01966 del 21 de Diciembre de 2004

## Educación Formal para Adultos

Confiere a:

## Magda Milena Solarte Alvear

Identificado (a) con C.C. Nº 34.571.910 de Popayán, Cauca

Por haber cursado y aprobado los Estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica según los planes y programas vigentes

## Bachiller Académico

En constancia se firma y sella en Popayán, a los 27 días del mes de Agosto de 2016

Héctor José Correa Ortiz
C.C. Nº 72.233.432 de Barranquilla
Director

Secretaria Académica

COLEGIO INSTITUTO BOLIVARIANO

Registrado en el Libro Nº 004 Folio Nº 059

Popayán, Agosto 27 de 2016

Powered by CamScanner

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 02 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Magda Milena Solarte Alvear

C.C.: 34571910.

CARGO O No DE CONTRATO: Servicios Generales #109-2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |
| | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Hayder M. Sola k A.
Firma del trabajador
321'571940 pop

Firma del responsable de la inducción

1096173076S
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.732

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| SOLARTE ALVEAR MAGDA MILENA | FEMENINO | 49 AÑOS 6 MESES 28 DÍAS | CC (Tipo) | 34571910 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 10 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
R979X1D69732

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** SOLARTE ALVEAR MAGDA MILENA

**CC:** 34571910

Limpiamos
MULTISERVICIOS S.A.S.

SERVICIOS PROFESIONALES DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
INDUSTRIAL, COMERCIAL Y HOSPITALARIA
MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con NIT 900592590-8,

Hace constar que el/la señor(a) **MAGDA MILENA SOLARTE** identificado con cedula de ciudanía No. 34.571.910 de Popayán Cauca, laboró en nuestra empresa desde el 1 de junio de 2020 hasta el 30 de abril de 2025, desempeñándose como AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES, devengando el salario mínimo legal vigente a esa fecha y auxilio de transporte, con contrato obra labor, el motivo del retiro fue TERMINACIÓN DE CONTRATO.

Para constancia se firma en Puerto Tejada Cauca al ocho (8) días del mes de septiembre de 2025.

Cordialmente,

**LIMPIAMOS MULTISERVICIOS S.A.S**



***CELIMO BANGUERO MERA***
*GERENTE GENERAL.*

*Carrera 26 No.9A - 09 Barrio Santa Elena - Puerto Tejada C.*
*Tel: 312 840 10 69 – 321 631 54 28*
*E-mail: limpiamosmultiservicios@gmail.com*

Powered by CamScanner




| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | 2.02.16 | [illegible] Gaby Llanten | |
| | 5 | 1 [illegible] | VACUNACION | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | 2.02.26 | [illegible] Gaby Llanten | |
| | R | 1 [illegible] | VACUNACION | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| [illegible] | Única | | | |
| | | | | |
| [illegible] | | | | |
| | | | | |
| | 1 | | | |
| | 1 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |







| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| | 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| | 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| | 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| | 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | Unica | 8.2.13 | [illegible] | [illegible] |
| Fiebre Amarilla | 2 | 2-11-18 | 1108.2013 | [illegible] |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

# HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

| Fecha (D / M / A) | Empleo o cargo en el que está interesado | Código cargo |
|---|---|---|
| | Auxiliar de Servicios Generales | |

## I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional

| Apellido(s) del aspirante | Nombre(s) del aspirante |
|---|---|
| Argoty Urbano | Maide |
| **Dirección domicilio / Barrio** | **Ciudad** |
| Cll7#1A4 B/ Santa Ines | Popayán |
| **Teléfono** | **No. Celular** |
| | 3156195619 |
| **Correo electrónico** | **Nacionalidad** |
| maudorlan.01.06@gmail.com | Colombiana |

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm.
Clic aquí para cargar

| Profesión, ocupación u oficio | (*) Estado civil | Años de experiencia laboral |
|---|---|---|
| | Soltera | 5 |

### DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional

| | | |
|---|---|---|
| Cédula de ciudadanía: [X] Nº 1004249762 / Extranjería: [ ] Expedida en: | (**) Libreta militar Nº / Distrito Nº | Primera clase: [ ] Segunda clase: [ ] |
| Tarjeta profesional Nº | ¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X] | Licencia de conducción Nº / Categoría |

## II. INFORMACIÓN PERSONAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Está trabajando actualmente? Si [X] No [ ] | ¿En qué empresa? Prolimnar | Empleado [ ] Independiente [ ] | Tipo de contrato: Contrato obra y labor |
| ¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [ ] | ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [ ] | Fecha (D / M / A) | ¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ] Nombre / Dependencia |
| ¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [ ] | Nombre / Dependencia | ¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál? | |
| ¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida? | ¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? | ¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [ ] No [ ] | |
| Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ] | Nombre del arrendador | Teléfono | ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? |
| ¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X] | Describalo e indique su valor mensual | ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ | |
| ¿Por qué conceptos? | | ¿Cuánto es su aspiración salarial? $ | |
| ¿Cuál(es) es(son) su(s) principal(es) afición(es)? | ¿Practica algún deporte? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)? | | |
| ¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)? | | | |
| ¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)? | | | |

### OBJETIVO

Mencione brevemente que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.249.762**

**ARGOTY URBANO**

APELLIDOS

**MAIDE**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-ABR-1998**

**LA PLATA**
**(HUILA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**17-AGO-2016 LA ARGENTINA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-1904700-00853073-F-1004249762-20161004 **0051617761A 1** 45982141

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:33:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1004249762 |
| Código de Verificación | 1004249762260907113323 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302588569

PIB
17:14:29


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MAIDE ARGOTY URBANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004249762:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 05:15:27 PM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1004249762**
Apellidos y Nombres: **ARGOTY URBANO MAIDE**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa

# Villa de los Andes

Belén - La Plata (H.)

Nit. 800.190.914-2 Dane. 241396002075
Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
según Resolución No. 1978 del 12 de Abril de 2.016

Confiere a

## Maide

## Argoty Urbano

T.I. No. 1.004.249.762 La Plata (H.)

El título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado el plan de Estudios, haber alcanzado los objetivos de formación y adquirido los reconocimientos legales o reglamentariamente definidos, correspondientes al Nivel de Educación Media según los planes y programas vigentes, de acuerdo a la Ley 115 de 1994 y el decreto 0230 de 2002.

Dado en Belén, La Plata (H), a los 01 de Diciembre de 2016

Acta General de Graduación

No. 018 Libro 01 Folio 57-60 del 01 de Diciembre de 2016

Hulber Gómez Arboleda
C.C. No. 83.241.205 de La Argentina Huila
Rector

Diana Patricia García Medina
C.C. No. 1.081.404.733 de La Plata Huila
Secretaria

Powered by CamScanner

Acta de Grado

# Institución Educativa Villa de los Andes

Código DANE - 241396002076
Nit: 800.190.914-2

En la ciudad de La Plata Huila, a los un (01) días del mes de Diciembre del año 2016 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA VILLA DE LOS ANDES - Belén La Plata Huila, Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica y Autorizada por la Secretaría de la Gobernación del Departamento del Huila, para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad ACADÉMICA Reconocimiento Oficial según Resolución No. 1978 del 12 de Abril de 2016.

Comprobada la situación Legal y Académica de los graduandos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el título de:

## Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

*Maide Argoty Urbano*

T.I: 1.004.249.762 - La Plata (Huila)

Es fiel copia tomada del Acta General No.18 de fecha 01 de Diciembre de 2016 que Consta de 42 estudiantes que comienza con el nombre de ALVARADO BOLAÑOZ LAURA SOFIA y cierra con el nombre de VELASQUEZ OJEDA LISBETH NORELY.

Firmada por HULBER GÓMEZ ARBOLEDA (Rector) y DIANA PATRICIA GARCÍA MEDINA (Secretaría).

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en ella de acuerdo a las leyes y Normas vigentes.

**DADA EN BELÉN , LA PLATA HUILA, A LOS 01 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2016.**

**HULBER GÓMEZ ARBOLEDA**
C.C. 83.241.205 de La Argentina Huila
RECTOR

**DIANA PATRICIA GARCÍA MEDINA**
C.C. No. 1.081.404.733 de La Plata Huila.
SECRETARIA

Powered by CamScanner

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 03 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Mardi Argoty Urbano

C.C.: 100 424 9762

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales #309-2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Haide Argoty Urbano
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.826

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| ARGOTY URBANO MAIDE | FEMENINO | 27 AÑOS 10 MESES 13 DÍAS | CC (Tipo) | 1004249762 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
E979K1Q69826

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** ARGOTY URBANO MAIDE

**CC:** 1004249762

| | | |
|---|---|---|
| ASTRASALUD | **CERTIFICACIÓN** | **Código: F-TH-01** |
| | | **Versión: 01** |
| | | **Fecha: 25/06/2025** |

**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**
**ASOCIACIÓN SINDICAL DE TRABAJADORES DE LA SALUD**
**"ASTRASALUD"**
**NIT. 900968304-3**

**CERTIFICA QUE:**

La señora **MAIDE ARGOTY URBANO** identificada con cédula de ciudadanía **No. 1.004.249.762** expedida en La Argentina (Huila), participó en la ejecución de actividades como afiliado (a) participe de la Asociación Sindical De Trabajadores De La Salud "ASTRASALUD" en el marco del contrato colectivo **SINDICAL No. 072** suscrito entre la Asociación Sindical De Trabajadores De La Salud y el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. Desde el 01 enero hasta el 11 de junio del 2025 desarrollando sus actividades como **Operaria** en el proceso de Servicios Generales del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

Estado: **Inactivo.**

Para constancia se firma en Popayán a solicitud del interesado a los 25 días del mes de junio del año 2025.

**WILLIAM SANTIAGO GUZMAN CHAMORRO**
**REPRESENTANTE LEGAL**
**"ASTRASALUD"**

Proyectó: Laura Alejandra Sánchez – Aux. Administrativa.
Revisó: Lina Marcela Paredes Mosquera – Aux. Administrativa.

# ACTUAR TEMPORALES ZOMAC S.A.S.

**PABLO CESAR ANTE PIAMBA REPRESENTANTE LEGAL**
**NIT. 901243861-6**

CERTIFICA QUE:

El (a) señor (a) **MAIDE ARGOTY URBANO**, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. **1.004.249.762** laboró en esta empresa en el cargo de **OPREARIO DE SERVICIOS GENERALES** en el **HOSPITAL UNIVERSIARIO SAN JOSE E.S.E.**, desde el **1 de mayo de 2021 y hasta el 15 de julio de 2024.**

Con una asignación salarial de **UN MILLON TRECIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($1.300.000)** más auxilió de transporte y trabajo suplementario.

Este certificado se expide a solicitud del interesado a los **15 días el mes de julio de 2024.**

Atentamente,

**PABLO CESAR ANTE PIAMBA**
REPRESENTANTE LEGAL

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

| Nombres y apellidos / Full name | Tipo de identificación / ID Type |
|---|---|
| MAIDE ARGOTY URBANO | CÉDULA DE CIUDADANÍA |
| **Número de identificación / ID Number** | **Fecha de nacimiento / Date of birth** | **País nacimiento / Country of birth** |
| 1 0 0 4 2 4 9 7 6 2 | 13/04/1998 | COLOMBIA |
| **Número de contacto (móvil) / Phone number** | **Correo electrónico / email** |
| 3156195619 | maodarlan.01.06@gmail.com |

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaccine | Dose | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratory | Vaccine Batch | Administering Center | Full name Vaccinator |
| VPH | Primera | 30 | 4 | 2013 | | J000002 | LA PLATA CS BELEN | |
| VPH | Segunda | 4 | 11 | 2013 | | J002191 | LA PLATA CS BELEN | |
| TD Adulto | Primera | 14 | 1 | 2015 | | 024B2011C | LA PLATA CS BELEN | |
| TD Adulto | Segunda | 6 | 4 | 2015 | | 024L30028 | LA PLATA CS BELEN | |
| Tdap Acelular Gestante | Anual | 8 | 4 | 2015 | | AC37B152CA | LA PLATA CS BELEN | |
| INFLUENZA TREVALENTE ADULTOS | Anual | 30 | 4 | 2015 | | V301547 | LA PLATA CS BELEN | |
| COVID JANSSEN | Única | 1 | 6 | 2022 | Janssen | 201G21A | LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN | MARIA DEL PILAR GARZON LIZCANO |
| INFLUENZA TREVALENTE ADULTOS | Anual | 9 | 5 | 2024 | Green Cross | V50524001 | POPAYAN HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE | MILDRED EDELMIR HOYOS |
| Fiebre Amarilla | Única | 27 | 11 | 2024 | Fabricante | 231VFC005Z | POPAYAN HOSPITAL MARIA OCCIDENTE | PAOLA ANDREA LONGO NAVARRO - CC1061812423 - Activo |
| TD Adulto | Tercera | 27 | 11 | 2024 | Serum | 2333L021C | POPAYAN HOSPITAL MARIA OCCIDENTE | PAOLA ANDREA LONGO NAVARRO - CC1061812423 - Activo |
| Influenza Adultos Particular | Anual | 9 | 7 | 2025 | | K11A | POPAYAN COMFACAUCA - CAUCA | GABY PAOLA LLANTEN VALVERDE - CC1061711222 - Activo |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera | 8 | 7 | 2025 | | 24GHV017 | POPAYAN COMFACAUCA - CAUCA | GABY PAOLA LLANTEN VALVERDE - CC1061711222 - Activo |
| TD Adulto Particular | Primera | 8 | 7 | 2025 | | 220500524A | POPAYAN COMFACAUCA - CAUCA | GABY PAOLA LLANTEN VALVERDE - CC1061711222 - Activo |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda | 5 | 2 | 2026 | | 0345I082D | POPAYAN COMFACAUCA - CAUCA | GABY PAOLA LLANTEN VALVERDE - CC1061711222 - Activo |

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

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

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

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

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

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

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

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



Powered by CamScanner



¡Tu salud en las mejores manos!

Informes:
(602) 8220872 ext 312
Calle 2 con Cra 10 esquina B/Centro
Cel : 321 859 6841
comercialips@comfacauca.com
Popayán

www.comfacauca.com

comfacauca IPS

# Carnet de Vacunación del adulto



**Nombres:** Maide

**Apellidos:** Argoty Ulcano

**Documentos** CC TI PST N° 1004249762

**Fecha de nacimiento** 13 04 1998

Vigilado Supersubsidio

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 4 | 9.7.25 | 2205000424A | Gaby |
| | 2 | 5.2.26 | 22080112AA | Gaby |
| | 3 | 10 años | | — |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 9.7.25 | 246HBV017 | Gaby |
| | 2 | 5.2.26 | 03951002D | Gaby |
| | 3 | 5.8.2026 | | — |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre amarilla | Única | | | |
| Influenza ANUAL | ✓ | 9.7.25 | KLIA | Gaby |
| | | | | |
| | | | | |
| Neumococo 23 | 1 | | | |
| Meningococo | 1 | | | |
| Prevenar 13 | | | | |
| | | | | |
| OTRAS | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| | | |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*
C.C ◯ C.E ◯ PAS ◯ No. _____

*SEXO*
F ◯ M ◯

*NACIONALIDAD* *PAÍS*
COL. ◯ EXTRANJERO ◯ _____

*LIBRETA MILITAR*
PRIMERA CLASE ◯ SEGUNDA CLASE ◯ NÚMERO _____ D.M _____

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*
FECHA DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]
PAÍS _____
DEPTO _____
MUNICIPIO _____

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*
_____
PAÍS _____ DEPTO _____
MUNICIPIO _____
TELÉFONO _____ EMAIL _____

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES [ ] AÑO [ ] |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No.SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN* | | *No. DE TARJETA 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* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |

| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |

| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |

| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

Maria cecilia Colpa

*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*



FECHA DE NACIMIENTO **04-JUL-1968**

**TIMBIO**
**(CAUCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.50** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**03-DIC-1987 TIMBIO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-1100100-36098823-F-0034657645-20020322 07159 02080A 01 108862563

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **34657645**

**CALPA QUIÑONEZ**

APELLIDOS

**MARIA CECILIA**

NOMBRES

Maria cecilia calpa

FIRMA



Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:38:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 34657645 |
| Código de Verificación | 34657645260907113850 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302588349

PIB
17:12:42


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARIA CECILIA CALPA QUIÑONEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34657645:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 05:13:37 PM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34657645**
Apellidos y Nombres: **CALPA QUIÑONEZ MARIA CECILIA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

**BACHILLERATO FORMAL DE ADULTOS DEL CAUCA**

POPAYÁN - CAUCA

# ACTA DE GRADO

Dirección: Avenida Aeropuerto INEM Popayán
Jornada Nocturna y Sabatina
Resolución Reglamentaria N° 5487 DE 1998

En Popayán a los **01** días del mes de **DICIEMBRE** del **2.012** se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del grado once, los suscritos Rector y Secretario, en la Rectoría del BACHILLERATO FORMAL PARA ADULTOS DEL CAUCA - POPAYÁN.

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de BACHILLER en la Modalidad de ACADÉMICO según Licencia de Funcionamiento N° 1624 del 11 de junio de 1998 y Resol. 1529 del 08 de agosto de 2002 de la Secretaría de Educación, Cultura y Deportes del Cauca, conforme a los Decretos 1860 de 1994 y 3011de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el Título de

## BACHILLERATO ACADEMICO

Al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

**CALPA QUIÑONEZ MARIA CECILIA**

**C.C. 34.657.645 DE TIMBIO - CAUCA**

Es fiel copia del Acta original General N° **0093** de fecha **01 DICIEMBRE** del **2.012**

que comienza con el nombre de **ACOSTA GARZON VIVIANA**

Y se cierra con el nombre de

**ZAMBRANO CHAPARRAL MAXIMINO**

Firmada y sellada Claudia Patricia Giraldo Carmona (Rectora) y Fernando Alirio Hurtado Mera(Secretario),

Dada en Popayán a los **01** días del mes de **DICIEMBRE** del **2.012**

Claudia Patricia Giraldo Carmona
C.C N° 34.559.338 de Popayán
RECTORA

Fernando Alirio Hurtado Mera
C.C N° 76.315.449 de Popayán
SECRETARIO

DIPLOMA N° **20020.**

La República de Colombia
y en su nombre, el

## Bachillerato Formal de Adultos del Cauca

# BEFAC

Popayán - Cauca

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según licencia de funcionamiento No. 1624 del 11 de Junio de 1998 y Licencia de Funcionamiento de la Secretaría de Educación Municipal SEM Popayán 4124 del 15 de Diciembre de 2010 y Resolución 1529 del 08 de Agosto del 2002 de la Secretaría de Educación, Cultura y Deporte del Departamento del Cauca conforme a los Decretos N° 1860 de 1994 y 3011 de 1997 Resolución Reglamentaria No. 5487 de 1998, Resolución SEM - Popayán 2012170000004634 del 21 de Febrero de 2012, Resolución No. 03709/04/2011.

Confiere a:

# Calpa Quiñónez María Cecilia

Identificado(a) con C.C. 34.657.645 TIMBIO CAUCA

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

BEFAC

Rectora

Secretario

Anotado al Folio No. 058 Libro de Registro No. 067

Dado en Popayán - Cauca, a los 1 Días del mes de Diciembre de 2012

N° 20020

Powered by CamScanner

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA: Ilona Cecilia Calpa Quiñonez.

C.C.: 34657645.

CARGO O No DE CONTRATO: Servicios Generales #109-2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Sòcialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765

Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.729

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CALPA QUIÑONEZ MARIA CECILIA | FEMENINO | 57 AÑOS 7 MESES 22 DÍAS | CC (Tipo) | 34657645 (Número) |

Cargo

**AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

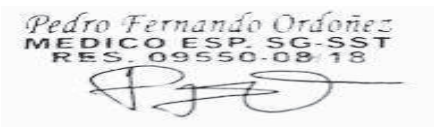
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSTS | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
J979P1V69729

**Aspirante o Trabajador**




**Firma:**

**Nombre:** CALPA QUIÑONEZ MARIA CECILIA

**CC:** 34657645

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS,** con Nit 900592590-8,

Hace constar que la señora **MARIA CECILIA CALPA** identificada con cedula de ciudadanía No. 34.657.645 de timbio- cauca, laboro en nuestra empresa desde el 1 de junio del 2020 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

**Gerente General**

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: bdbdb32b-a6d0-41c3-a7a1-913a9b4e5c12

Nombres y apellidos / Full name: **MARIA CECILIA CALPA QUIÑONEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **3 4 6 5 7 6 4 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **04/07/1968**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Dia / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda | 26 | 12 | 2014 | | | POPAYAN CS ALFONSO LOPEZ | |
| TD Adulto | Segunda | 26 | 12 | 2014 | | | POPAYAN CS ALFONSO LOPEZ | |
| Fiebre Amarilla | Única | 26 | 12 | 2014 | | | POPAYAN CS ALFONSO LOPEZ | |
| Hepatitis B Adultos Particular | Tercera | 08 | 01 | 2019 | | | POPAYAN COMFACAUCA | LICET MARCELA CASTILLO ZUÑIGA |
| TD Adulto Particular | Tercera | 08 | 01 | 2019 | | | POPAYAN COMFACAUCA | LICET MARCELA CASTILLO ZUÑIGA |
| COVID PFIZER | Primera | 08 | 03 | 2021 | | | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | JUAN CARLOS GUERRERO CASTILLO |
| COVID PFIZER | Segunda | 29 | 03 | 2021 | PFIZER | ER1742 | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | JUAN CARLOS GUERRERO CASTILLO |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 01 | 09 | 2021 | | | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | MAYELI TOBAR |
| COVID PFIZER | Primer Refuerzo | 15 | 01 | 2022 | PFIZER | FL3196 | POPAYAN CS SUROCCIDENTE | DEISY YOHANA AGREDO FERNANDEZ |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 23 | 05 | 2025 | GC BIOPHARMA CORP | V50525005 | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | DANY CONSTANZA HERNANDEZ MURCIA - CC1058786660 - INACTIVO |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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

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

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

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

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

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

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

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| NARVAEZ | SOLARTE | MARIA CLARITA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 25272818 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 12 MES 11 AÑO 1976

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CAUCA

MUNICIPIO: POPAYAN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Kra 11 N° 23-48

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CAUCA

MUNICIPIO: POPAYAN

TELÉFONO: 3116015709 EMAIL: mariaclaranarvaez@g.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | MES 09 AÑO 1999 |
| | | | | | | | | | X | |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

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

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

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

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

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

PDF Scanner ACE Scanner

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 |
|---|---|---|---|
| SOLSEAA.S.A.S | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYÁN | rh@solseaas.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3225219641 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2026 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX SERVICIOS GENERALES | H.S.L.V | LA LADERA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| PROLIMNAR DEL SUR . SA.S | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYÁN | ghprolimar@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3183698088 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX SERVICIOS Generales | H.S.L.V | LA LADERA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| LIMPIAMOS MULTISERVICIOS S.A. | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | LIMPIAMOS MULTISERVICIOS.COM |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3173846462 | DÍA 01 MES 06 AÑO 2020 | DÍA 08 MES 02 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX SERVICIOS Generales | H.S.L.V | LA. LADERA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

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

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

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

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



PDF Scanner ACE Scanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 5 años | 11 meses |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 5 años | 11 meses |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Popayán 25-05.26

María Clarita Narváez Solarte

*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*



PDF Scanner ACE Scanner

LIMPIAMOS Y
LIMPIAMOS S.A.S.

## CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS Y LIMPIAMOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la Señora **MARIA CLARITA NARVAEZ SOLARTE,** identificado con cedula de ciudanía No. 25.272.818 de Popayán - cauca, labora en nuestra empresa desde el 1 de junio del 2020 hasta la fecha, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a Término Indefinido y con unos ingresos mensuales de ($ 1.160.000) un millón ciento sesenta mil pesos moneda cte.

Auxilio de transporte por (140.606) ciento cuarenta mil seiscientos seis pesos moneda c/te.

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca el ocho (8) día del mes de febrero del 2023.

Cordialmente,

**LIMPIAMOS Y LIMPIAMOS S.A.S "Empresa Multiservicios"**



***CELIMO BANGUERO MERA***
*Gerente General*
*Carrera 26 No.9A - 09 Barrio Santa Elena - Puerto Tejada C. Tel: 828 48 20 – 317 384 64 62 – 312 840 10 69 E-mail: limpiamosmultiservicios@gmail.com*

PDF Scanner ACE Scanner

| Prolimnar<br>IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO | CERTIFICACIÓN LABORAL | CÓDIGO: | SIG-RH-F-12 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE APROBACIÓN: | 20/05/2025 |
| | | VERSIÓN: | 2 |
| | | PÁGINA: | 1 de 1 |

**LA EMPRESA PROLIMNAR DEL SUR S.A.S**

**NIT. 901.107.773 – 4**

**HACE CONSTAR QUE:**

La señora **MARIA CLARITA NARVAEZ SOALRTE** identificada con Cedula de Ciudadanía No. **25272818** de Popayán (C), laboro como:

| CARGO | FECHA INICIAL | FECHA FINAL | TIPO DE CONTRATO |
|---|---|---|---|
| Auxiliar de Servicios Generales | 15/07/2024 | 28/02/2026 | Obra o labor contratada |

Último salario básico devengado UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($1.750.905).

Para constancia se expide a solicitud del interesado, a los 06 días del mes de Marzo de 2026.

**L. Lorena Hidalgo Riascos**
Directora de gestión humana
Prolimnar Del Sur S.A.S

Prolimnar
IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO
Nit: 901.107.773-4
Director de Gestión Humana

Proyectó: Lorena Hidalgo R. Cargo directora de gestión humana
Para efecto de verificación de autenticidad, comunicarse: 318 369 8068
E-MAIL: ghprolimnar@gmail com Celular: 6027337861

PDF Scanner ACE Scanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.272.818**

**NARVAEZ SOLARTE**

APELLIDOS

**MARIA CLARITA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-NOV-1976**

**POPAYAN**
**(CAUCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.56** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**24-ABR-1995 POPAYAN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1100100-00324634-F-0025272818-20110819 0027790667A 2 7761468909

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:41:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 25272818 |
| Código de Verificación | 25272818260907114111 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302588080

PIB
17:10:33


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARIA CLARITA NARVAEZ SOLARTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25272818:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 05:11:25 PM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **25272818**
Apellidos y Nombres: **NARVAEZ SOLARTE MARIA CLARITA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# ACTA DE GRADO

## INSTITUTO DE DESARROLLO COMUNITARIO
## " LOS COMUNEROS "

Dirección Carrera 7 No. 21 – 04 Teléfono : 244155 Jornada : Nocturna

En la ciudad de Popayán , a los veinticuatro (24) días del mes de septiembre de 1999 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del Ciclo sexto (6º), los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del instituto de Desarrollo Comunitario "Los Comuneros" Institución aprobada hasta el grado Once (11º) en el nivel de Educación Media Vocacional y Autorizada por La Secretaria de Educación del Departamento del Cauca, para otorgar el Título de Bachiller Académico con Enfasis en Desarrollo Comunitario y Microempresa, según Resolución No. 1278 del 24 de junio de 1999.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS EN DESARROLLO COMUNITARIO Y MICROEMPRESA al graduando cuyo nombres y apellidos y número de identificación se relacionan a continuación: MARIA CLARITA NARVAEZ SOLARTE con T.I. - C.C. No. 25.272.818.

Es fiel copia tomada del Acta original general No.003 de fecha 23 de septiembre de 1999, que consta de 22 alumnos que comienza con el nombre de Aide Bravo y se cierra con el nombre de Yudy Sorany Guitoto Torres, firmado y sellado por el Mgr. Arcesio Zemanate Gómez (Rector) y Ana Hervey Florez (Secretaria).

Dada en Popayán , a los 23 días del mes de septiembre de 1999.

Firmado y Sellado

El Rector o Director
C.C. No. 10'515.843 de Popayán

La Secretaria
C.C. No. 34.529.910 de Popayán

DEPARTAMENTO
DEL CAUCA

MUNICIPIO DE
POPAYAN

La República de Colombia
y en su nombre

# El Instituto de Desarrollo Comunitario Los Comuneros

*Modalidad Académica*

*Aprobado por Resolución N° 1278 del 24 de Junio*
*de 1.999 emanada por la Gobernación del Cauca*

## Confiere a:

# María Clarita Narváez Solarte

## El Título de
## Bachiller Académico

### con Enfasis en Desarrollo Comunitario y Microempresa

*Por haber culminado satisfactoriamente en este Establecimiento Educativo los estudios de Educación Media Vocacional según el Art. 89 de la Ley 115 y el Art. 11 del Decreto 1860 del mes de Agosto de 1.994*

Instituto de Desarrollo Comunitario del Cauca
RECTORIA
NOCTURNO
Popayán

Mgr. Arcesio Lemanale Gómez
Rector

SECRETARIA

Ana Hervey Flórez
Secretaria

*Dado en Popayán Cauca, a los 24 días del mes de Septiembre de 1999*

*Anotado en el Control Interno del Plantel Libro N° 1 Folio N° 4*

# ACTA DE GRADO

## INSTITUTO DE DESARROLLO COMUNITARIO
## " LOS COMUNEROS "

Dirección Carrera 7 No. 21 – 04 Teléfono : 244155 Jornada : Nocturna

En la ciudad de Popayán , a los veinticuatro (24) días del mes de septiembre de 1999 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del Ciclo sexto (6º), los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del instituto de Desarrollo Comunitario "Los Comuneros" Institución aprobada hasta el grado Once (11º) en el nivel de Educación Media Vocacional y Autorizada por La Secretaria de Educación del Departamento del Cauca, para otorgar el Título de Bachiller Académico con Enfasis en Desarrollo Comunitario y Microempresa, según Resolución No. 1278 del 24 de junio de 1999.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS EN DESARROLLO COMUNITARIO Y MICROEMPRESA al graduando cuyo nombres y apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:

MARIA CLARITA NARVAEZ SOLARTE con T.I. - C.C. No. 25.272.818.

Es fiel copia tomada del Acta original general No.003 de fecha 23 de septiembre de 1999, que consta de 22 alumnos que comienza con el nombre de Aide Bravo y se cierra con el nombre de Yudy Sorany Guitoto Torres, firmado y sellado por el Mgr. Arcesio Zemanate Gómez (Rector) y Ana Hervey Florez (Secretaria).

Dada en Popayán , a los 23 días del mes de septiembre de 1999.

Firmado y Sellado

El Rector o Director
C.C. No. 10'515.843 de Popayán

SECRETARIA
NOCTURNO

La Secretaria
C.C. No. 34.529.910 de Popayán

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 02 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Maria Clarita Narvaez Solarte

C.C.: 25272818

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales #309-2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos especificos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

María Clarita Naruaez Solarte
Firma del trabajador
CC: 25272818

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.796

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| NARVAEZ SOLARTE MARIA CLARITA | FEMENINO | 49 AÑOS 3 MESES 13 DÍAS | CC (Tipo) | 25272818 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIO**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
L979R1X69796

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** NARVAEZ SOLARTE MARIA CLARITA

**CC:** 25272818

LIMPIAMOS Y
LIMPIAMOS S.A.S.

## CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS Y LIMPIAMOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la Señora **MARIA CLARITA NARVAEZ SOLARTE,** identificado con cedula de ciudanía No. 25.272.818 de Popayán - cauca, labora en nuestra empresa desde el 1 de junio del 2020 hasta la fecha, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a Término Indefinido y con unos ingresos mensuales de ($ 1.160.000) un millón ciento sesenta mil pesos moneda cte.

Auxilio de transporte por (140.606) ciento cuarenta mil seiscientos seis pesos moneda c/te.

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca el ocho (8) día del mes de febrero del 2023.

Cordialmente,

**LIMPIAMOS Y LIMPIAMOS S.A.S "Empresa Multiservicios"**

***CELIMO BANGUERO MERA***
*Gerente General*
*Carrera 26 No.9A - 09 Barrio Santa Elena - Puerto Tejada C. Tel: 828 48 20 – 317 384 64 62 – 312 840 10 69 E-mail: limpiamosmultiservicios@gmail.com*

Limpiamos

Y Limpiamos S.A.S.

**CONSTANCIA LABORAL**

La Empresa **LIMPIAMOS Y LIMPIAMOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la Señora **MARIA CLARITA NARVAEZ SOLARTE,** identificada con cedula de ciudanía No. **25.272.818** de Popayán - Cauca, labora en nuestra empresa desde el 01 de junio del 2020 hasta la fecha, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a Término Indefinido y con unos ingresos mensuales de ($ 1.000.000) un millón de pesos moneda cte.

Auxilio de transporte por ($117.172) ciento diecisiete mil ciento setenta y dos pesos moneda c/te

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (09) días del mes de diciembre de 2022.

Cordialmente,

***CELIMO BANGUERO MERA***
*Gerente General*

*Carrera 26 No.9A - 09 Barrio Santa Elena - Puerto Tejada C. Tel: 828 48 20 – 317 384 64 62 – 312 840 10 69 E-mail: limpiamosmultiservicios@gmail.com*

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE SINTRASALUD

CERTIFICA:

Que la afiliada participe señora **MARIA CLARITA NARVAEZ SOLARTE**, Identificada con la cédula de ciudadanía No 25.272.818 de Popayán, hizo parte del Contrato sindical firmado entre Sintrasalud y el Hospital Susana López de Valencia E.S.E, desde el día 01 de Agosto de 2014 hasta el 30 de junio de 2018, en actividades de servicios generales en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E

Esta certificación se expide de conformidad con el decreto 036 de Enero 12 del 2016, el cual reglamento los articulos 373, 482, 483, 484 del Código Sustantivo de Trabajo referente al Contrato Sindical

Dada en Popayán, a los 30 días del mes de junio de 2018.

Sindicato Departamental de Trabajadores de la Salud
STNTRASALUD
REGISTRO SINDICAL No 001 DEL 1 DE JULIO DEL 2009
NIT. 900301306-5
H S L Y

**JAIRO JARAMILLO GIRALDO**
Representante Legal

Nlp

rillantex
Multiservicios
Servicio de Aseo y Mantenimiento

Santiago de Cali, 11-03-2013

# CERTIFICAMOS

Que el(a) señor(a) NARVAEZ SOLARTE MARIA CLARITA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 25272818, laboró en nuestra empresa, en lo(s) siguiente(s) periodo(s):

01 MAYO DE 2010 HASTA 30 ABRIL DE 2011.

Durante este tiempo se desempeñó en el cargo de Operario.

Se expide el anterior certificado a petición del interesado en la ciudad de Santiago de Cali.

PAOLA LLANOS RADA

JEFE ADMINISTRATIVA Y DE CALIDAD

TELEFONO:5240705 OPCION 1 EXT 113

| Prolimnar IMPECABLE SERA EL RESULTADO | CERTIFICACIÓN LABORAL | CÓDIGO: | SIG-RH-F-12 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE APROBACIÓN: | 20/05/2025 |
| | | VERSIÓN: | 2 |
| | | PÁGINA: | 1 de 1 |

**LA EMPRESA PROLIMNAR DEL SUR S.A.S**

**NIT. 901.107.773 – 4**

**HACE CONSTAR QUE:**

La señora **MARIA CLARITA NARVAEZ SOALRTE** identificada con Cedula de Ciudadanía No. **25272818** de Popayán (C), laboro como:

| CARGO | FECHA INICIAL | FECHA FINAL | TIPO DE CONTRATO |
|---|---|---|---|
| Auxiliar de Servicios Generales | 15/07/2024 | 28/02/2026 | Obra o labor contratada |

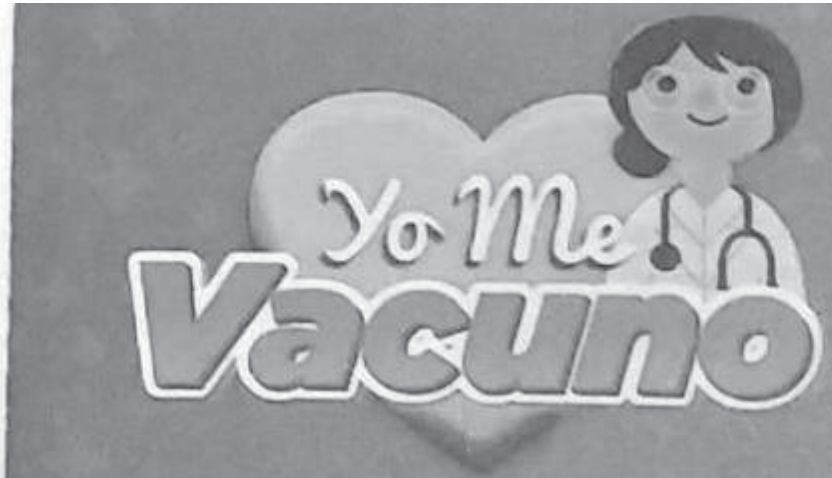
Último salario básico devengado UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($1.750.905).

Para constancia se expide a solicitud del interesado, a los 06 días del mes de Marzo de 2026.

**L. Lorena Hidalgo Riascos**
Directora de gestión humana
Prolimnar Del Sur S.A.S

Prolimnar
IMPECABLE SERA EL RESULTADO
NIt: 901.107.773-4
Director de Gestión Humana

Proyectó: Lorena Hidalgo R. Cargo directora de gestión humana
Para efecto de verificación de autenticidad, comunicarse: 318 369 8088
E-MAIL: ghprolimnar@gmail.com Celular: 8027337861




IPS 8206860 Ext. 312
Calle 2 con Cra 10 esquina Centro
**Vacunación:** lunes a viernes de
7:00 a.m. a 12:00 m y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

www.comfacauca.com

comfacauca
IPS

Wondershare
PDFelement

Yo Me Vacuno

## CARNET DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

| | |
|---|---|
| Nombres | Maria Clanta |
| Apellidos | Narvaez Solarte |
| Documento | CC TI PST Nº. 25272818 |
| Fecha Nacimiento | 12 11 1976 |

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 25-04-24 | 03439006C | gladys |
| | 2 | 28-5-24 | 22080223A | Gaby |
| | 3 | 4-12-24 | 22080223A | Gaby |
| | 4 | 28.01.26 | 22080924B | Gaby |
| | 5 | 1 año | | |
| Hepatitis B | 1 | 25-04-24 | 03439006C | Gladys |
| | 2 | 25-5-24 | 03439006C | Gaby |
| | 3 | 22-07-24 | 03439006C | Gaby |
| | R | 22-07-25 | 2646HBVolt | Gaby |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre amarilla | | Única | | | |
| Influenza | ANUAL | Unica | 25-04-24 | H06 | Gladys |
| | | ✓ | 30 S 25 | K11A | Gaby Elant |
| | | | | | |
| Neumococo 23 | | 1 | | | |
| Meningococo | | 1 | | | |
| Prevenar 13 | | | | | |
| Varicela | | | | | |
| OTRAS | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Maria claila

Apellidos: Naivaez Solarte

Documento de identidad: C.C X T.I Pasaporte PEP otro cuál

No 25.272818

Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 11 Año 1976

Powered by CamScanner



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 08.03.21 | PFIZER | EN1195 | H.S.L.V | Julian | 1063806513 |
| | 2 | 29.03.21 | PFIZER | ER1742 | H.S.L.V | Yamilet Salamanca. | 1058788698 |
| | | 27/11/204 | Moderna | 940874 | | Coral | 34313638 |

BIOS Medical Center Ltda. NIT 901174161-5

Powered by CamScanner

Popayán, 01 de marzo 2026

Señores:
**HSLV**

**CARTA DE PRESENTACIÓN**

Cordial saludo.

Por medio de este documento la Empresa **SOLSEAA SAS** presenta a la Señora **MARIA CLARITA NARVAEZ SOLARTE** Identificado con CC N° 25272818 la cual se desempeñara como Auxiliar de servicios generales en la institución **HSLV,** a partir del 01 de marzo del año en curso.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Cordialmente.

SOLUCIONES DE SERVICIOS
SOLSEAA S.A.S.

_____
**DANIELA ANGULO**
Directora Administrativa.
Solseaa SAS

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Orozco | Valencia | Maria Damaris |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CC (X) CE ( ) PAS ( ) No 25276343 | F (X) M ( ) | COL (X) EXTRANJERO ( ) | Colombia |

LIBRETA MILITAR

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DÍA 23 MES 02 AÑO 1978 | Carrera 23 # 15A 10 |
| PAÍS Colombia | PAÍS Colombia DEPTO Cauca |
| DEPTO Cauca | MUNICIPIO Patoyan |
| MUNICIPIO Patoyan | TELÉFONO 3156114862 EMAIL [illegible] |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | X | 6o. | 7o. | 8o. | X | 10 | X | MES 11 AÑO 1996 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tc | 3 | X | | Tc laboral por Completar en. Organizacion de Archivo. | 07 | 2017 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECIFIQUE 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 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

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

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayan. | rhes@solaas.com. |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3225219641 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2026 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | Hospital Susana L.V. | calle 8AN #10N44 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Industria Lechera del Cauca. | | X | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayan. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8323400. | DÍA 20 MES 02 AÑO 2013 | DÍA 31 MES 12 AÑO 2016 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Operaria de maquina) | Area de Empacado. | calle 4N # 1E-40 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Preescolar del Sor. | | X | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca. | Popayan. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3162565845 | DÍA 15 MES 10 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | Hospital Susana L.V. | Calle 5b #2-36 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

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

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

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 5 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 15 | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 20 | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) 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 PUBLICA

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Popayan, 22 mayo del 2026

Hernan Ramirez Orozco V.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

*Ciudad y fecha*

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



Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 25.276.343

Apellidos
OROZCO VALENCIA

Nombres
MARIA DAMARIS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.52

Sexo
F

Fecha de nacimiento
23 FEB 1978

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
EL TAMBO (CAUCA)

Fecha y lugar de expedición
22 JUL 1996, POPAYAN

Firma
Damaris Orozco

Fecha de expiración
20 FEB 2035

0749738798

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0749738798110O1<<<<<<<<<<<
7802236F3502206COL25276343<<<3
OROZCO<VALENCIA<<MARIA<DAMARIS

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:43:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 25276343 |
| Código de Verificación | 25276343260907114301 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302587781

PIB
17:07:56


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARIA DAMARIS OROZCO VALENCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25276343:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 05:09:01 PM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **25276343**
Apellidos y Nombres: **OROZCO VALENCIA MARIA DAMARIS**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# ACTA DE GRADO

Bachillerato Nocturno de Occidente
Popayán - Cauca

Inscripción S.E. _____
Dane 111000102544
Dirección Carrera 21 No. 11-20
Jornada NOCTURNA

En Popayán a los Treinta ( 30 ) días del mes de Noviembre del año 1996 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del grado once, los suscritos Rector y Secretario (a), en la Rectoría del BACHILLERATO NOCTURNO DE OCCIDENTE

Institución aprobada hasta el año 2.000 inclusive en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por CONTRATACION CAUCA para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad de ACADEMICA según Resolución N° 4007 del Nueve ( 09 ) de Nov. de 19 95

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación OROZCO VALENCIA MARIA DANARIS
C.C. No. 25.276.343 de Popayán

Es fiel copia del Acta original General N° 10 de fecha 30 de Noviembre de 1996 que consta de Catorce ( 14 ) alumnos, que comienzan con el nombre de ALONSO CALINDEZ IVAN HERLEY y se cierra con el nombre de VIVAS ESCOBAR MARIA CENEIDA

Firmado y sellado por

LIC. JAIRO A. FUENTES VELA
RECTOR

LUZ AMPARO PRADO OROZCO
SECRETARIO (A)

Dada en Popayán a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 19 96

Firmado y Sellado

RECTOR

SECRETARIO (A)

C.C N° 10.521.573 de Popayán

C.C N° 34.533.575 de Popayán

DIPLOMA N° 16921

Impresiones Gráficas - Carrera 8ª Nº 5-81 Tel. 24 05 24 - Popayán

Powered by CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

# El Bachillerato Nocturno de Occidente

POPAYAN - CAUCA

*APROBADO POR LA GOBERNACION DEL DEPTO. DEL CAUCA*
*SEGUN RESOLUCION No. 4997 DE NOV. 9 DE 1993*

CONFIERE A

## María Damaris Orozco Valencia

*C.C No. 31.274.343 DE POPAYAN - CAUCA*

EL TITULO DE

## BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los Estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

DADO EN Popayán A 11 DE Noviembre DE 1994

LIBRO DE REGISTRO No. 11 ANOTADO AL FOLIO No. 111

Rector

Secretaria

No. 14923

Powered by CamScanner

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Maria Damaris Orozco Valencia

C.C.: 25276343

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Sócialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Maria Damaris Orozco Valencia
Firma del trabajador
25276343

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.794

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| OROZCO VALENCIA MARIA DAMARIS | FEMENINO | 48 AÑOS 0 MESES 2 DÍAS | CC (Tipo) | 25276343 (Número) |

Cargo: **AUX LAVANDERIA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | SVE VISUAL | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 10 KG |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
D979J1P69794

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** OROZCO VALENCIA MARIA DAMARIS

**CC:** 25276343

| Prolimnar<br>IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO | CERTIFICACIÓN LABORAL | CÓDIGO: | SIG-RH-F-12 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE APROBACIÓN: | 20/05/2025 |
| | | VERSIÓN: | 2 |
| | | PÁGINA: | 1 de 1 |

**LA EMPRESA PROLIMNAR DEL SUR S.A.S**

**NIT. 901.107.773 – 4**

**HACE CONSTAR QUE:**

La señora **MARIA DAMARIS OROZCO VALENCIA** identificada con Cedula de Ciudadanía No. **25276343** de Popayán (C), laboro como:

| CARGO | FECHA INICIAL | FECHA FINAL | TIPO DE CONTRATO |
|---|---|---|---|
| Auxiliar de Servicios Generales | 16/10/2024 | 28/02/2026 | Obra o labor contratada |

Último salario básico devengado UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($1.750.905).

Para constancia se expide a solicitud del interesado, a los 06 días del mes de Marzo de 2026.

**L. Lorena Hidalgo Riascos**
Directora de gestión humana
Prolimnar Del Sur S.A.S

Prolimnar
IMPECABLE SERA EL RESULTADO
Nit: 901.107.773-4
Director de Gestión Humana

Proyectó: Lorena Hidalgo R. Cargo directora de gestión humana
Para efecto de verificación de autenticidad, comunicarse: 318 369 8088
E-MAIL: ghprolimnar@gmail.com Celular; 6027337861

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | 1.11.24 | 22B002234 | Dr. Gaby Llanten. VACUNACION |
| | 4 | 4-2-26 | 22080112 | |
| | 5 | 4-2-2027 | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 1-11.24 | 0343G | Dr. Gaby Llanten VACUNACION |
| | 2 | 4-02.26 | 0345L00 | |
| | 3 | 4-02-2027 | — | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 31-10-24 | VSO524001 | Manuel Tobar |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Minsalud

**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Maria Damaris

Apellidos: Orozco Valencia

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 25276343

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 02 Año 1978

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 16 07 2021 | PFIZER | Y 0585 | clinica 19 estanca | Sandra lejarda | 34568328 |
| | 2 | 28/07 2021 | PFIZER | EY0585 | clínica la estancia por tu bien VACUNACIÓN | Lorena Arroyo Cerón C.C. 25.216.999 VACUNADORA | |
| | 05 FEB 2022 | | Pfizer | 210958 | BIOS Medical Group NIT 901174161-2 | francia Prado | 34544568 |

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres: Mario Damaris

Apellidos: Orotco

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 25 276 343

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 02 Año 1978

Powered by CamScanner

| Nombre de la empresa | Actividad Económica | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Cargo(s) desempeñado(s) por usted | Área del cargo | Fecha Ingreso D M A | Fecha Retiro D M A | Sueldo Inicial $ | Sueldo Final $ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

**Tipo de contrato** Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

| Nombre de la empresa | Actividad Económica | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Cargo(s) desempeñado(s) por usted | Área del cargo | Fecha Ingreso D M A | Fecha Retiro D M A | Sueldo Inicial $ | Sueldo Final $ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

**Tipo de contrato** Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

## VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Sandra Alape | Ama de casa | Pueblillo | 3225158067 |
| 2. | Maria camila Duran | independiente | Pueblillo | 3104260665 |

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Karen Chito | independiente | Florencia caqueta | 3114631392 |
| 2. | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐ Marque con una X

**Nota importante**

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

**Certificación**

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

**Firma del solicitante**

Maria socaro

C.C. 2530557 H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 25.305.574
GOMEZ MUÑOZ
APELLIDOS
MARIA SOCORRO
NOMBRES

María Socorro Gomez Muñoz
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-1972
ALMAGUER
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-OCT-1990 ALMAGUER
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1100100-01308261-F-0025305574-20220718 0080071298A 1 8505055795

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:46:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 25305574 |
| Código de Verificación | 25305574260907114656 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302585976

PIB
16:54:02


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARIA SOCORRO GOMEZ MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25305574:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:17:25 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **25305574**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ MUÑOZ MARIA SOCORRO**

**ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA**

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

# Colegio fe y Alegría
# Fray Luis Amigo

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital de Santiago de Cali, Según Resolución No. 4143.2.21.3033 del 12 de Mayo de 2009

Confiere a:

## María Socorro Gómez Muñoz

Identificado (a) con C.C. 25.305.574 De Almaguer

El Título de:

# Bachiller Técnico
# Especialidad Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de educación media Técnica (Art. 29 Ley 115 de 1994) según los planes y programas vigentes establecidos por la ley.

Anotado al Folio 08 del Libro de Registro No. 77

Rector

Secretaria

"No se requiere registro, según decreto No 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la presidencia de la república"

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
María Socorro Gomez Muñoz

C.C.: 25305574

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de servicios Generales #309-2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

**OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades.

| | VERIFICACION Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos especificos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Maria Socorro Gonzalez Leñor.
Firma del trabajador
85305374

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.756

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| GOMEZ MUÑOZ MARIA SOCORRO | MASCULINO | 53 AÑOS 9 MESES 9 DÍAS | CC (Tipo) | 25305574 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

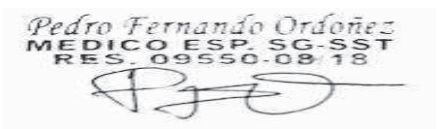
| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
H979N1T69756

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** GOMEZ MUÑOZ MARIA SOCORRO

**CC:** 25305574

**ECHEVERRY PEREZ LTDA**
NIT: 800067825-1
CRA 2 # 4-45 BARRIO LA PAMBA
POPAYÁN 19 19001
COLOMBIA
Tel.: 3009109188 – EXT: 1042

ECHEVERRY PEREZ LTDA

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE TALENTO HUMANO:**
**HACE CONSTAR**

Que MARIA SOCORRO GOMEZ MUNOZ identificado con cédula de ciudadanía Nº 25305574 prestando sus servicios en **ECHEVERRY PEREZ LTDA**, en las fechas o extremos temporales que se indican en la tabla que se inserta a continuación. La presente certificación se expide a solicitud del interesado para fines personales en la ciudad de Popayán a la fecha 25/02/2026 (DD/MM/AAAA) así:

| Cargo | Fecha Inicio | Fecha Terminación | Tipo de Contrato | Salario Devengado |
|---|---|---|---|---|
| | 2019-10-18 | 2021-04-30 | Termino fijo | $ 908.526,00 |

**Nota**: La presente certificación ha sido expedida a solicitud del interesado para sus fines personales, a través del portal web de **ECHEVERRY PEREZ LTDA**, la información aquí consignada podrá ser verificable a través de los medios de contacto consignados en el presente documento **ECHEVERRY PEREZ LTDA** no se hace responsable de cualquier alteración, modificación o manejo indebido que se haga de la misma, siendo responsable el solicitante por cualquiera de estas situaciones, incluida la eventual responsabilidad penal que se derive de ello

VANESSA GALLO GRANADA
**Directora de Talento Humano**

| | Dosis | Fecha de Aplicación | Lote No. | Firma |
|---|---|---|---|---|
| HEPATITIS B | 1a X | 16-10-14 AHBVC8774AB | | |
| | 2a X | 06-07-2020 AHBVC8774AB | | |
| | 3a X | 02-02-2021 AHBVC8774AB | | Norci |

| | Dosis | Fecha de Aplicación | Lote No. | Firma |
|---|---|---|---|---|
| TRIPLE VIRAL | 1a | [illegible] | | |

| | Dosis | Fecha de Aplicación | Lote No. | Firma |
|---|---|---|---|---|
| VARICELA | 1a | | | |
| | 2a | | | |

| | Dosis | Fecha de Aplicación | Lote No. | Firma |
|---|---|---|---|---|
| INFLUENZA | 1a | | | |
| | 2a | | | |

| | Dosis | Fecha de Aplicación | Lote No. | Firma |
|---|---|---|---|---|
| TETANO | 1a | | | |
| | 2a | | | |
| | 3a | Sep 04 2014 | | |
| | 4ta | Sep 06 2014 | | |
| | 5ta. | 16 10 2019 Biologicos | 2215C15178 | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 10-04 2021 | PFIZER | ER9449 | HUSJ | Sirley Moncayo | 1061087142 |
| | 2 | 1-05 2021 | PFIZER | ET6924 | Hospital San José | Mildred Hoyos | 25273845 |
| | | 27 / 7 / 2021 | Moderna | au877 | BIOS Medical S.A.S. NIT 901174161-3 | Cond | 1143273635 |

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| ***QUINTERO*** | | ***MARIA DEL SOCORRO*** |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **34545947**

*SEXO*: F (X) M ( )

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

*LIBRETA MILITAR*

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 03 MES 08 AÑO 1962

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYAN

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

*CARRERA 39 1 BIS 31 APTO 104 TORRE B*

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYAN

TELÉFONO 3215262218 EMAIL. SOCOKINT89@GMAIL.COM

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5oX | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 12 AÑO 1976 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

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*<br>*SOLSEA SAS* | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>*X* | *PAÍS*<br>*COLOMBIA* |
| *DEPARTAMENTO*<br>*CAUCA* | *MUNICIPIO*<br>*POPAYAN* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS*<br>*6028394967* | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA 01 MES03 AÑO2026 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>*SERVICIOS GENERALES* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN*<br>*CALLE 8 AN 10 N 44* |

| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>*PROLIMNAR* | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>*X* | *PAÍS*<br>*COLOMBIA* |
| *DEPARTAMENTO*<br>*CAUCA* | *MUNICIPIO*<br>*POPAYAN* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS*<br>*3108717939* | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA16 MES07 AÑO2024 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA28 MES02 AÑO2026 |
| *CARGO O CONTRATO*<br>*SERVICIOS GENERALES* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN*<br>*CALLE 15 # 43 A 50* |

| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>*LIMPIAMOS* | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>*X* | *PAÍS*<br>*COLOMBIA* |
| *DEPARTAMENTO*<br>*CAUCA* | *MUNICIPIO*<br>*POPAYAN* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS*<br>*3158662960* | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA01 MES07 AÑO2023 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA15 MES07 AÑO 2024 |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |

| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA MES AÑO |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 3 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* _____

M.ª del Socorro Romero

*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 **34.545.947**

**QUINTERO**

APELLIDOS

**MARIA DEL SOCORRO**

NOMBRES



Mª del Socorro Quintero

FIRMA

Scanned with CamScanner

23 de Mayo de 2026



FECHA DE NACIMIENTO **03-AGO-1962**

**POPAYAN**
**(CAUCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.52** | **B+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**12-DIC-1983 POPAYAN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

INDICE DERECHO

A-1100100-00551322-F-0034545947-20140303 **0037**05632A 1 7752772157

RIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned with CamScanner

23 de Mayo de 2026

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:48:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 34545947 |
| Código de Verificación | 345459472609071148 30 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302587421

PIB
17:04:55


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARIA DEL SOCORRO QUINTERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34545947:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 05:06:18 PM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34545947**
Apellidos y Nombres: **QUINTERO MARIA DEL SOCORRO**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 27 / 02 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
María del Socorro Quintero
C.C.: 34 545 5947
CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales
DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos especificos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Mª del socorro Quintero
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.818

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| QUINTERO MARIA DEL SOCORRO | FEMENINO | 63 AÑOS 6 MESES 23 DÍAS | CC (Tipo) | 34545947 (Número) |

Cargo: **SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 20 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
R979X1D69818

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** QUINTERO MARIA DEL SOCORRO

**CC:** 34545947

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la señora **MARIA DEL SOCORRO QUINTERO,** identificada con cedula de ciudadanía No. 34.545.947 de Popayán -cauca, laboro en nuestra empresa desde el 01 de diciembre del 2022 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

**Gerente General**



Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 26-4-24 | 2203002239 | Gladys |
| | 2 | 15-4-25 | 2201002413 | |
| | 3 | 21-10-25 | 2201002413 | |
| | 4 | 21-10-25 | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 26-4-25 | 03936005C | Gladys |
| | 2 | 15.4.25 | 0205001293 | Gaby Llanos VACUNADORA |
| | 3 | 21-10-25 | 0395C009D | Gaby Llanos VACUNADORA |
| | R | 21-10-26 | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre amarilla | Única | | | |
| Influenza ANUAL | | | | |
| Neumococo 23 | 1 | | | |
| Meningococo | 1 | | | |
| Neumococo 13 | | | | |
| Triple viral | | | | |




Scanned with CamScanner

23 de Mayo de 2026

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 11/03/25 | WS0525005 | Juan Carlos |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maria del Socorro

Apellidos: Quintero

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1 0 5 4 5 9 4 7

Fecha de nacimiento: Día 0 5 Mes 0 8 Año 1 9 6 2

Scanned with CamScanner

23 de Mayo de 2026

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| *Lucumi* | *Capote* | *Maria Fabiola* |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No 34571033

*SEXO*: F (X) M ( )

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

*LIBRETA MILITAR*

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 02 10 AÑO 1975

PAÍS *Colombia*

DEPTO *Cauca*

MUNICIPIO *Popayán*

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Calle 74N# 16-15 la primavera

PAÍS *Colombia* DEPTO Cauca

MUNICIPIO *Popayán*

TELÉFONO 3007094796 EMAIL fabiolalucumi1975@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 2022 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No.SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | TOTALIDAD | X | | Auxiliar Administrativo | 12 | 2025 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| Solseaa S.A.S. | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayán | rh@solseaasas.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3225219641 | DÍA 01 MES 03 AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Servicios Generales | Consulta Externa | Calle 8 AN # 10N 44 Santa Clara |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Prolimnar del Sur | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Colombia | Popayán | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3136773115 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Servicios Generales | Servicios generales hospitalarios | Loma Cartagena |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

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

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

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

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

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 2 años | 24 meses |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 10 años | 120 meses |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 12 años | 142 meses |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento Popayán 22 De mayo 2026*



*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 34.571.033
LUCUMI CAPOTE

APELLIDOS
MARIA FABIOLA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1975
CAJIBIO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

20-JUN-1994 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1100100-00132108-F-0034571033-20081128 0007103126A 2 7760007059

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:49:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 34571033 |
| Código de Verificación | 34571033260907114921 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302587123

PIB
17:02:38


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARIA FABIOLA LUCUMI CAPOTE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34571033:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 05:03:53 PM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34571033**
Apellidos y Nombres: **LUCUMI CAPOTE MARIA FABIOLA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# INSTITUTO NACIONAL EBEN-EZER

Instituto de Caráoter CristianoReconocimiento Oficial No. 2461 de Diciembre 11 de 2002
Expedida por la Secretaria de Educación Departamental
Renovacion de licencia municipal de cali 41.43.0.21.0622 01 de febrero de 2011
NIT 16460770-4 DISTRITO EDUCATIVO 1B CODIGO MILITAR 119326

CODIGO DE ICFES JORNADA MAÑANA 144360 TARDE 144378 NOCHE144386 CODIGO DANE 376001040399

## *Acta Individual de Grado No.113*

En la ciudad de Santiago de cali, a los nueve 15 días del mes de diciembre del año dos mil mil veintidós 2022, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del ultimo grado los suscriptos rector y secretaria en la secretaria del **INSTITUTO NACIONAL EBE-NEZER**. institución aprobada en el nivel de educación municipal para otorgar el titulo de **BACHILLER**. en la modalidad **ACADÉMICA.** segun resolucion de aprobacion de licencia municipal No. 41.43..0.21.0622 de febrero 11 de 2011.

Comprobada la situacion legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a los ciclos de media académica, se procedió a otorgar titulo de **BACHILLER ACADÉMICO**, al graduando cuyos nombres, apellidos y numero de identificación se realizan a continuacion

## LUCUMI CAPOTE MARIA FABIOLA

D.I. No. 34.571.033

Es fiel copia del acta original general No.**113** de la fecha **(15)** días del mes de diciembre de **(2022)** que consta de **70** estudiantes, que comienza con el nombre de:**AGUDELO MINA MARYURY** y cierra con el nombre de: **VICTORIA IPUJAN ZARATE ULLOA CLAUDIA PAYTRICIA.**

Dado en Santiago de Cali, a los (15) días del mes de diciembre del año dos mil veintidós (2022).

Se firma por quienes intervinieron, en el cumplimiento a lo ordenado en el articulo 27 del decreto 3011 de diciembre19 de 1997.

FIRMADO Y SELLADO POR

Saulo Olaya Fajardo
CC. No. 16460770 de Yumbo Valle
RECTOR

Yuliana Andrea Cordoba Velez
CC No. 1.006.171.587 de Cali Valle
secretaria

Calle 50 Nro. 32 A 12. Tel: 4263271. Cel: 315 2777274 - Cali Colombia institucionnacionalebenezer@hotmail.com
*Jesucristo es el mismo ayer hoy, y por los siglos de los siglos* WWW.INE.EDU.CO

Scanned by TapScanner

La Republica de Colombia
El Ministerio de Educacion Nacional
y en su nombre el

# Instituto Nacional Ebe-nezer

**Santiago de Cali - Valle del Cauca**

**Resolución de aprobación 4143.0.21.0622 de febrero 01 del 2011 secretaria de educación municipal de santiago de cali**

## Confiere a

MARIA FABIOLA LUCUMI CAPOTE
D.I. No. 34.571.033

El titulo de:

# Bachiller Académico

**Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes**

INSTITUTO NACIONAL EBE-NEZER

**SAULO OLAYA FAJARDO**
**CC. NO. 16460770**
**RECTOR**

INSTITUTO NACIONAL EBE-NEZER
SECRETARIA

**YULIANA ANDREA OLAYA CORDOBA**
**CC. No. 1.006.171.587**
**SECRETARIA**

**Dado en Santiago de Cali, a los 15 días de DICIEMBRE de 2022**

***No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de diciembre de 1995, de la Presidencia de la república***

**Anotado al folio No. 40**
**Del Libro de Registro No. 003**
**Diploma No.**

Scanned by TapScanner

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
María fabiola Lucumi Capote.

C.C.: 34571033.

CARGO O No DE CONTRATO: Servicios Generales #109 del 2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos especificos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

34571033

Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1004730765

Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.696

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| LUCUMI CAPOTE MARIA FABIOLA | FEMENINO | 50 AÑOS 4 MESES 23 DÍAS | CC (Tipo) | 34571033 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
E979K1Q69696

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** LUCUMI CAPOTE MARIA FABIOLA

**CC:** 34571033

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la señora **MARIA FABIOLA LOCUMI CAPOTE** identificada con cedula de ciudadanía No. 34.571.033 de Popayán - cauca, laboro en nuestra empresa desde el 01 de mayo del 2024 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

Gerente General

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 09/03/24 | V3052100 | HSLUNASCU Joan |
| | Anual | 02/05/25 | W3535 005 | Joan Carlos |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | 14-05-24 | 2333 L025 | Dayri Lizeth Mix... AUXILIAR DE ENFERMERÍA REG. 1061 |
| | 5 | 23-5-25 | 2334 X006 | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 6-09-24 | 0343G006C | Gaby II |
| | 2 | 12-11-24 | 0343G006C | |
| | 3 | 18-06-25 | 2461BU017 | Gladys Bautista |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 02-04-21 | ASTRAZENECA | 777EJ | SANITAS | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | 54835019 |
| | 2 | 24 NOV 2021 | Astrazeneca | 4L0074 | Sanitas | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | |
| | | | | | | | |

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Madroñero | Quenaya | Maria Gladys. |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1060988164. | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 21 MES 01 AÑO 1990

PAÍS Colombia.

DEPTO Cauca

MUNICIPIO Popayan.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cr 9 - 29 - 135 Recuerdo Sur.

PAÍS Colombia DEPTO Cauca

MUNICIPIO Popayan

TELÉFONO 3229079916. EMAIL gladysmadroñero03@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO 25 de octubre 2010 |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | MES [ ] AÑO [ ] |
| | | | | | | | | | X | |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

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

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

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 |
|---|---|---|---|
| Solseca S.A.S. | | | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayan | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8394967 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2026 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | HSLV | Calle 8 AN # 10N-44- Bosmedo |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Polimnar de sur S.A.S. | | | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayan | ghPolimnar@gmail.com. |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7337861 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | HSLV | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

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

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayan | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| Servicios Generales | DÍA 01 MES 06 AÑO 2020 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | HSLV. | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 11 | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO X | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* 25/05/2026.

María Gladis Madroñero.

*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 1.060.988.164
MADROÑERO QUINAYAS
APELLIDOS
MARIA GLADYS
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1990
LA VEGA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-ABR-2008 LA VEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1100100-00635132-F-1060988164-20180604 0050034332A 2 7753926510

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:50:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1060988164 |
| Código de Verificación | 1060988164260907115021 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302587008

PIB
17:01:50


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARIA GLADYS MADROÑERO QUINAYAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1060988164:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:16:47 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1060988164**
Apellidos y Nombres: **MADROÑERO QUINAYAS MARIA GLADYS**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

La República de Colombia
y en su nombre

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMERCIAL DEL NORTE

POPAYÁN - CAUCA

*Aprobada por la Secretaría de Educación Municipal mediante resolución No. 2031 del 23 de Octubre de 2.002 - Fusión Mediante Decreto 139 del 6 de Agosto de 2.003*

*Confiere A:*

**MARIA GLADYS MADROÑERO QUINAYAS**

*C.C. No. 1.060.988.164 de La Vega, Cauca*

*El Título de:*

**BACHILLER ACADÉMICO**

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica (**Ciclo VI**) con el Modelo Educativo Flexible Sistema de Aprendizaje Tutorial – SAT, según los planes y programas vigentes.*

*Contrato No. 20141800004467 suscrito entre el Municipio de Popayán y la Fundación Bachillerato Académico Cíclico – FUNBAC*

*Popayán, 25 de Octubre de 2014.*

**EDGAR GREGORIO MENESES M.**
C.C. No. 10.527.738 de Popayán
Rector
I. E. Comercial del Norte

**Mg. LUIS FELIPE CORTAZAR DIAZ**
C.C. No. 76.324.301 de Popayán
Director
FUNBAC

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMERCIAL DEL NORTE

## Acta de Grado Individual

En la ciudad de Popayán, a los 25 días del mes de Octubre del año 2014, se reunieron el suscrito Rector de la Institución Educativa COMERCIAL DEL NORTE, aprobada por la Secretaría de Educación Municipal mediante resolución No. 2031 del 23 de Octubre de 2.002 - Fusión Mediante Decreto 139 del 6 de Agosto de 2.003, y el Director de la Fundación Bachillerato Académico Ciclico - FUNBAC, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes que concluyeron el Ciclo VI mediante el Modelo Educativo Flexible Sistema de Aprendizaje Tutorial - SAT y otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, acogiéndose a la modalidad semipresencial de acuerdo al Decreto Nacional No. 3011 de 1997 y al Contrato No. 20141800004467 suscrito entre el Municipio de Popayán y la Fundación Bachillerato Académico Ciclico - FUNBAC.

Comprobada la situación Académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, (Grupo S613 Sede 31 de Marzo - Jornada Nocturna) según el Modelo Educativo Flexible Sistema de Aprendizaje Tutorial - SAT, se procedió a otorgar el Título de

## Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación

## MARIA GLADYS MADROÑERO QUINAYAS

*C.C. No. 1.060.988.164 de La Vega, Cauca*

Es fiel copia del Libro de Actas Generales, Acta No. 001-2014 de fecha 25 de Octubre de 2014, que consta de 376 estudiantes que comienza con el nombre de NEYI SOCORRO ACHINTE GARZON y finaliza con el nombre de YEISON FERNANDO ZUÑIGA RUIZ.

Firmado por Edgar Gregorio Meneses M. (Rector - Institución Educativa Comercial Del Norte) y Luis Felipe Cortázar Díaz (Director - FUNBAC)

EDGAR GREGORIO MENESES M.
C.C. No. 10.527.738 de Popayán
Rector
I. E. Comercial del Norte

Mg. LUIS FELIPE CORTÁZAR DÍAZ
C.C. No. 76.324.301 de Popayán
Director
FUNBAC

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 02 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Maribel Cogji Eiato.

C.C.: 25274069.

CARGO O No DE CONTRATO: Servicios Generales #1091 - 2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Maribel Lopez Erazo
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.833

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| MADROÑERO QUINAYAS MARIA GLADYS | FEMENINO | 36 AÑOS 1 MESES 4 DÍAS | CC (Tipo) | 1060988164 (Número) |

Cargo

**AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
O979U1A69833

**Aspirante o Trabajador**




**Firma:**

**Nombre:** MADROÑERO QUINAYAS MARIA GLADYS

**CC:** 1060988164

SERVICIOS PROFESIONALES DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
INDUSTRIAL, COMERCIAL Y HOSPITALARIA
MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la Señora **MARIA GLADIS MADROÑERO QUINAYAS**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.060.988.164 de Popayán -Cauca, laboro en nuestra empresa desde el 01 de junio del 2020 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) dias del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

**Gerente General**

# SOLO POR SERVICIO S.EN C.

NIT:CO8170033779 CR 2 4 67 BRR LA PAMBA POPAYÁN - Colombia
Régimen Común - Persona Juridica

## EL SUSCRITO JEFE DE PERSONAL:

## HACE CONSTAR

Que el señor ( a ) MARIA GLADYS MADROÑERO QUINAYAS identificado ( a ) con cédula de ciudadanía No 1060988164 de POPAYÁN labora en la empresa en el cargo de Auxiliar de Servicios Generales , desde el 2019-01-01 (AA/MM/DD) hasta la fecha.
Su asignación mensual es $ 828.116,00 mcte, más recargos de Ley, Su contrato es a Termino Fijo .

Se expide a solicitud del interesado (a) en la ciudad de POPAYÁN , el 9 de Octubre de 2019 .

SOLO POR SERVICIO S EN C
NIT. 817.003.377-9
Carrera 2 No. 4-67
8208097

**MELBA A[illegible]**
**Director de Talento Humano**

Carné Digital de Vacunación

# Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: MARIA GLADYS MADROÑERO QUINAYAS

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 0 6 0 9 8 8 1 6 4

Fecha de nacimiento / Date of birth: 21/01/1990

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 1

Correo electrónico / e-mail: Nt@gmail.com

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaccine | Doses | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratory | Vaccine Batch | Administering Center | Full name Vaccinator |
| TD Adulto | Primera | 26 | 12 | 2017 | | D2256 | POPAYAN COMFACAUCA | MARIA BEATRIZ CERON LOPEZ |
| TdaP Acelular Gestante | Anual | 1 | 3 | 2018 | | AC37B252AA | POPAYAN COMFACAUCA | MARIA BEATRIZ CERON LOPEZ |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 8 | 11 | 2018 | | R0E541V | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ | Mayeli Tobar |
| TD Adulto Particular | Segunda | 16 | 1 | 2019 | | 220800917A | POPAYAN COMFACAUCA | LICET MARCELA CASTILLO ZUÑIGA |
| Hepatitis B Adultos Particular | Primera | 24 | 1 | 2019 | | UFX18005 | POPAYAN UBA COOMEVA | Luz Marina Camacho |
| TD Adulto Particular | Tercera | 26 | 2 | 2020 | | 220800319D | POPAYAN COMFACAUCA | LICET MARCELA CASTILLO ZUÑIGA |
| Hepatitis B Adultos Particular | Segunda | 26 | 2 | 2020 | | UFX19002 | POPAYAN COMFACAUCA | LICET MARCELA CASTILLO ZUÑIGA |
| COVID PFIZER | Primera | 8 | 3 | 2021 | | EN1195 | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | Juan Carlos Guerrero Castillo |
| COVID PFIZER | Segunda | 29 | 3 | 2021 | PFIZER | ER1742 | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | JUAN GUERRERO |
| TD Adulto | Cuarta | 9 | 6 | 2021 | | 2338L024F | POPAYAN CENTRO MEDICO SANITAS | Maribh Lorena Galvis |
| Hepatitis B Adultos Particular | Tercera | 2 | 8 | 2021 | | UFX1907 | POPAYAN PREVENSALUD | mary mercedes matta rosales |
| COVID MODERNA | Primer Refuerzo | 27 | 11 | 2021 | MODERNA SWITZERLAND GMBH | 946077 | POPAYAN BIOS MEDICAL CENTER | LEYDY JOHANA MOSQUERA HERNANDEZ |
| TD Adulto | Quinta | 26 | 8 | 2022 | Serum | 2331L011C | POPAYAN CS SURORIENTE | CARLOS FELIPE GUTIERREZ MELLIZO |
| Hepatitis B Adultos Particular | Refuerzo | 24 | 3 | 2023 | | 0342Y008E | POPAYAN COMFACAUCA | ANGIEE DANIELA AROCA ESCOBAR |

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

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

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

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

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación

# Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: MARIA GLADYS MADROÑERO QUINAYAS

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 0 6 0 9 8 8 1 6 4

Fecha de nacimiento / Date of birth: 21/01/1990

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 1

Correo electrónico / e-mail: Nt@gmail.com

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 15 | 5 | 2024 | Green Cross | V50524001 | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | JUAN CARLOS GUERRERO CASTILLO |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 12 | 5 | 2025 | GC BIOPHARMA CORP | V50525095 | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | JUAN CARLOS GUERRERO CASTILLO - CC10697426 - Activo |

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

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

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

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

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

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

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

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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Chilito | Narvaez | Maria Monica |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1061700349

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 09 MES 08 AÑO 1987

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cauca

MUNICIPIO: La Vega

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: San Francisco Lote # 31

PAÍS: Colombia DEPTO: Cauca

MUNICIPIO: Popayán

TELÉFONO: 3188465149 EMAIL: monikchilito7@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. X | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 X | MES 10 AÑO 2015 |

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T.C | 2 | X | | Atencion integral a la Primera Infancia | 07 | 2016 | |
| T.C | 1 | X | | Tecnico En Sistemas | 10 | 2013 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 - EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Solsea S.A.S | | X | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayán | monikchilito7@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 01 MES 03 AÑO 2026 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Prolimnar | | X | colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayán | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3188465149 | DÍA 02 MES 07 AÑO 2025 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Servicios Generales | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

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

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

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

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

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

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

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* 24-05-2026

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

*Ciudad y fecha*

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



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.061.700.349

CHILITO NARVAEZ
APELLIDOS

MARIA MONICA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-AGO-1987
LA VEGA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

23-AGO-2005 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1100100-36141543-F-1061700349-20051013 0276605284B 02 198968700

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:51:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1061700349 |
| Código de Verificación | 1061700349260907115113 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302586080

PIB
16:54:49


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARIA MONICA CHILITO NARVAEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1061700349:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 04:59:50 PM horas del 08/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1061700349**
Apellidos y Nombres: **CHILITO NARVAEZ MARIA MONICA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

La República de Colombia
y en su nombre la

# Institución Educativa Agropecuaria "San Francisco Javier"

San Miguel, La Vega – Cauca

Autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca, según Resolución No. 0458 del 26 de Abril de 2004.

Confiere a

## María Mónica Chilito Narváez

C.c. No. 1.061.700.349 de Popayán – Cauca

El Título de

## Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios de formación Integral correspondientes al Ciclo Sexto del Programa de Educación para Jóvenes y Adultos con Metodología de Educación Continuada CAFAM según los Planes y Programas vigentes contemplados en el P.E.I. y el Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997.

Javier Granoble M.

Javier Granoble Meneses
C.c. No. 4.623.211 de Nunguer – Cauca
Rector

Gil Alfredo Rivera
C.c. No. 10.543.553 de Popayán – Cauca
Secretario

Dado en San Miguel, La Vega – Cauca, el día 30 de Octubre del año 2015
Anotado en el control Interno del Plantel en el
Libro de Registro No. 001 Folio No. 1 Diploma No. 30201501

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [x] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Maria Monica Chilito Narvaez

C.C.: 1061700319

CARGO O No DE CONTRATO: Servicios Generales #109 del 2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Sócialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

•Maria Monica chilito Narvaez
Firma del trabajador
CC: 1061700349

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 70.060

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 27 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CHILITO NARVAEZ MARIA MONICA | FEMENINO | 38 AÑOS 6 MESES 19 DÍAS | CC (Tipo) | 1061700349 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| ASMET SALUD | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR MEDIAS ANTIVÁRICES : EN LA JORNADA LABORAL | USO DE EPP : ADECUADOS PARA LA LABOR | HÁBITOS SALUDABLES : ACTIVIDAD FISICA 3/V/SEM |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | SVE VISUAL | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| VALORACIÓN POR EPS | SVE CARDIOVASCULAR | CONTROL DE PESO : BAJAR DE PESO |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EN LA JORNADA LABORAL | HACER DEPORTE |
| | CAPACITACIÓN : SGSST - HABITOS DE VIDA SALUDABLES: DIETA Y EJERCICIO - EDUCACION POSTURAL- HIGIENE VISUAL | DIETA BALANCEADA : ABUNDANTE EN VERDURAS Y FRUTAS- POCAS GRASAS, AZUCARES Y HARINAS |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

AL MOMENTO DEL EXAMEN MEDICO NO SE ENCUENTRAN RESTRICCIONES PARA LAS LABORES ASIGNADAS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

ELSA MARLENE OSORIO MUÑOZ
CC 34533693 Popayán
LIC SO 034/22

**Firma:**

**Nombre:** CC: 34533693 - ELSA MARLENE OSORIO

**R. M.:** 638 **L.S.O.:** 034/2022

**Código de Seguridad**
I979O1U70060

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** CHILITO NARVAEZ MARIA MONICA

**CC:** 1061700349

*LA FUNDACIÓN GIMNASIO MODERNO DEL CAUCA*

*LA SUSCRITA JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA FUNDACIÓN GIMNASIO MODERNO DEL CAUCA*

## *HACE CONSTAR:*

*Que el(a) Señor(a):* ***MARIA MONICA CHILITO NARVAEZ****, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 1.061.700.349 de LA VEGA (CAUCA), prestó sus servicios en el Municipio de la Vega Cauca, como MADRE COMUNITARIA, para atender Población Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar-Fami-Familiar de* ***LA FUNDACIÓN GIMNASIO MODERNO DEL CAUCA****, mediante contrato de prestación de servicios desde el 03 de Diciembre de 2020 hasta el 31 de julio de 2022, por el servicio que prestó recibió unos honorarios mensuales por la suma de* ***UN MILLON CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y UN PESOS MDA CTE ($1,047,531).***

*Para constancia se firma en Popayán el día 01 de agosto de 2022*

Ruby Inés Pabon O.
*RUBY INES PABON VALENCIA*
*JEFE RECURSOS HUMANOS*



Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 25/08/21 | Janssen | 213A21A | ESE SURORIENTE | Elizabeth Ordóñez M. ENFERMERA Reg. 1061772365 | 1061772365 |
| | 2 | 20-01-22 | Astrazeneca | NV0224 | ESESUR. ORIENTE | 1753 | 25085695 |
| | | | | | | | |

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Maria Monica

Apellidos: Chilito Narvael

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1061700349

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 08 Año 1997

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 15-01-25 | 24GHB-V017 | Gladys Bonilla |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre amarilla | | Única | | | |
| Influenza | ANUAL | | | | |
| | | ✓ | 15-07-25 | K11A | Gladys Bonilla |
| | | | | | |
| Neumococo 23 | | 1 | | | |
| Meningococo | | 1 | | | |
| Prevenar 13 | | | | | |
| Triple viral | | | | | |
| | OTRAS | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Powered by CamScanner

comfacauca IPS

# Carnet de Vacunación del adulto

Nombres: Maria Monica

Apellidos: Chilito Narvaez

Documentos: X TI PST N° 1061700349

Fecha de nacimiento: 9 8 1981

Vigilado Supersubsidio




Informes:
(602) 8220872 ext 312
Calle 2 con Cra 10 esquina B/Centro
Cel: 321 859 6841
comercialips@comfacauca.com
Popayán

www.comfacauca.com

Powered by CamScanner

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: Patiño | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA): Muñoz | NOMBRES: Mariana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (x) C.E ( ) PAS ( ) No 1010089066 | SEXO: F (x) M ( ) | NACIONALIDAD: COL (x) EXTRANJERO ( ) | PAÍS:

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 23 MES 02 AÑO 1998

PAÍS: Colombia

DEPTO: Nariño

MUNICIPIO: Barbacoas

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 20A N°14-06 - Villa Carmen

PAÍS: Colombia. DEPTO: Cauca.

MUNICIPIO: Popayan.

TELÉFONO: 311 827 8580 EMAIL: pizismariana@gmail.com.

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

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

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Agropecuario.

FECHA DE GRADO: 15-07-1995.

MES 16 AÑO 1995

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA

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

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Prolimnar del Sur. | | | Colombia. |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca | Popayan. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 300 1683861 | DÍA 16 MES 07 AÑO 2024 | DÍA 24 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar Servicios generales. | Uci Adultos | HSIV. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca. | Popayan. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 313 677 3115. | DÍA 01 MES 12 AÑO 2023 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024. |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar Servicios generales | Uci Adultos. | HSIV. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Clelio S.A.S | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cauca. | Popayan. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 318 382 0173. | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar servicios generales | Cirugia. | Clinica Estamia. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 2 | 5 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 6 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 8 | 5 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Popayan - 22 Mayo 2026

Mariana Patiño

*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*

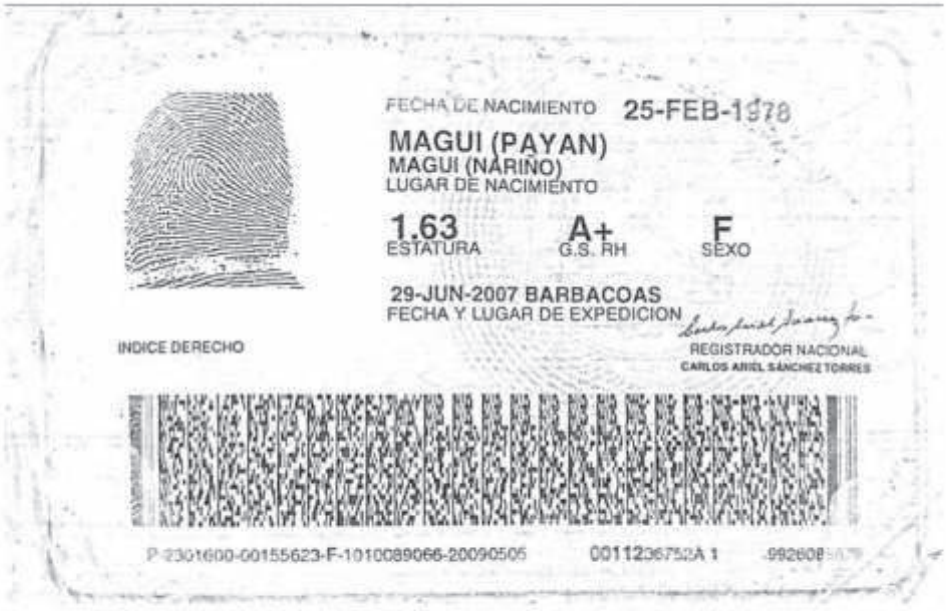
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.089.066
PATIÑO MUÑOZ
APELLIDOS
MARIANA
NOMBRES

Mariana Patiño
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1978
MAGUI (PAYAN)
MAGUI (NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

29-JUN-2007 BARBACOAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-230100-00155623-F-1010089066-20090505 0011236752A 1 992608

Escaneado con CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:52:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1010089066 |
| Código de Verificación | 1010089066260907115212 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302585610

PIB
16:50:51


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARIANA PATIÑO MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010089066:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:18:08 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1010089066**
Apellidos y Nombres: **PATIÑO MUÑOZ MARIANA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

**La Fundación para la Educación Agropecuaria**

**"JOSÉ MARÍA OBANDO R."**

SAN JOAQUIN – EL TAMBO CAUCA

*PERSONERÍA JURÍDICA No. 298 DE NOVIEMBRE 23 DE 1993*
*DE LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA*
*RESOLUCIÓN NO. 108 DE MAYO 13 DE 1992 Y 1217 DE MAYO*
*26 DE 1992 DE LA GOBERNACIÓN DEL CAUCA.*

CONFIERE A

**Mariana Patiño Muñoz**

*T.I. NO 1010089066 DE BARBACOAS – NARIÑO*

EL TITULO DE

**BACHILLER AGRICOLA**

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA VOCACIONAL, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

DADO EN S. JOAQUIN EL TAMBO A LOS 16 DÍAS DE JULIO DE 1995
ANOTADO AL FOLIO 0002 LIBRO DE REGISTRO NO 01

RECTOR

SECRETARIA

Escaneado con CamScanner

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 02 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Mariana Patiño Muñoz

C.C.: 1010089066

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de servicios Generales #104-2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| P ..ca Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| ..lítica de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| ..de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Mariana Patiño Muñoz
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.892

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 26 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| PATIÑO MUÑOZ MARIANA | FEMENINO | 48 AÑOS 0 MESES 1 DÍAS | CC (Tipo) | 1010089066 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR MEDIAS ANTIVÁRICES | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 5 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
N979T1Z69892

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** PATIÑO MUÑOZ MARIANA

**CC:** 1010089066

Limpiamos MULTISERVICIOS SAS

SERVICIOS PROFESIONALES DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
INDUSTRIAL, COMERCIAL Y HOSPITALARIA
MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

## CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la Señora, **MARIANA PATIÑO MUÑOZ** identificada con cedula de ciudadanía No. **1.010.089.066** de barbacoas - Nariño, labora en nuestra empresa desde el 01 de diciembre del 2023 hasta la fecha, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de $1.300.000. un millón trecientos mil pesos moneda c/te y auxilio de trasporte por valor de $162.000 ciento sesenta y dos mil pesos monda c/te.

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los (18) días del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

***LORENZO RIVERA DELGADO***

**coordinador**

**LIMPIAMOS MULTISERVICIOS S.A.S "Empresa Multiservicios"**
*Carrera 26 No.9A - 09 Barrio Santa Elena - Puerto Tejada C. Tel: 3233465509 E-mail: limpiamosmultiservicios@gmail.com*

CS Escaneado con CamScanner



Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos | Afrosalud

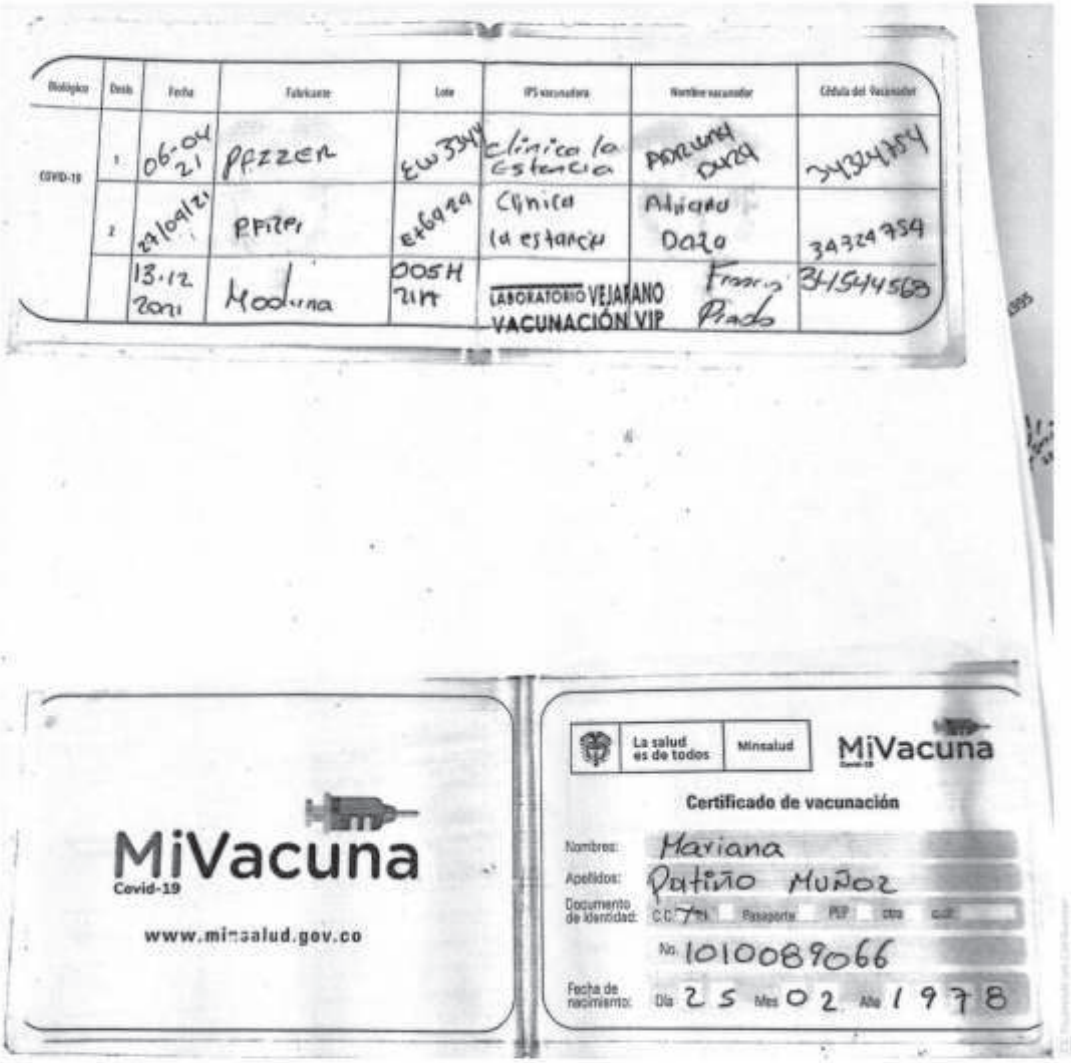
**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Mariana
Apellidos: Pedraza Munoz
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1010089066
Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 02 Año 1978

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | 21-09-23 | [illegible] | [illegible] |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 16-02-22 | [illegible] | [illegible] |
| | 2 | 15-03-22 | [illegible] | [illegible] |
| | 3 | 20-09-22 | [illegible] | [illegible] |
| | 4 | 21-09-23 | [illegible] | [illegible] |
| | 5 | 24-09-24 | [illegible] | [illegible] |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 16-02-22 | WEK2100 | |
| | 2 | 15-03-22 | WEK2098 | |
| | 3 | 20-09-22 | 03411005E | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Actual | 5-7-23 | [illegible] | [illegible] |
| Otro | Hepatitis B | 24-9-24 | [illegible] | [illegible] |
| | | | | |

Escaneado con CamScanner



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 06-04-21 | PFIZER | EW3347 | clinica la Estancia | ADRIANA DAZA | 34324354 |
| | 2 | 29/04/21 | PFIZER | EJ6928 | Clinica la estancia | Adriana Daza | 34324354 |
| | | 13.12.2021 | Moderna | 005H21A | LABORATORIO VACUNACIÓN | VEJARANO VIP | Fmary Prado | 34544568 |

MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

**Certificado de vacunación**

Nombres: Mariana
Apellidos: Patiño Muñoz
Documento de identidad: C.C. TI Pasaporte PEP otra cual
No. 1010089066
Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 02 Año 1978

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| COAJI | ERAZO | MARIBEL |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 25274069 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: ____

*LIBRETA MILITAR*

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 08 MES 05 AÑO 1975

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYAN

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Calle 31 #8c 27 PALERMO

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYAN

TELÉFONO 3006843357 EMAIL coajierazomaribel@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 07 AÑO 2001 |
| | | | | | | | | | | X | |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TECNICO | 3 | X | | TECNICO AIPI | 4 | 2024 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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* |
|---|---|---|---|
| SOLSEA SAS | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | rh@solseaasas.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3225211941 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2026 | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| OBRA LABOR | SERVICIOS GENERALES | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| PROLIMNAR | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| NARIÑO | PASTO | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA 19 MES 10 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| OBRA LABOR | SERVICIOS GENERALES | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

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

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

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

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

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| SERVICIO GENERAL | | 19 |
| | | |
| | | |
| | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*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 25.274.069
COAJI ERAZO

APELLIDOS
MARIBEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1975
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | A+ G.S RH | F SEXO

18-DIC-1995 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500100-00130649-F-0025274069-20081122 0006[illegible]A 1 7770016532

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:52:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 25274069 |
| Código de Verificación | 25274069260907115259 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302585318

PIB
16:48:28


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARIBEL COAJI ERAZO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25274069:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:19:27 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **25274069**
Apellidos y Nombres: **COAJI ERAZO MARIBEL**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# Bachillerato Nocturno
# José María Córdoba
# Popayán - Cauca

En la ciudad de Popayán - Cauca a los 06 días del mes de julio de 2001, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Bachillerato Nocturno "José María Córdoba", Institución aprobada hasta el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el título de Bachiller Académico, según Decreto No. 139 del 06 de agosto de 1994.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de **Bachiller Académico**, al graduando cuyos nombres y apellidos se relacionan a continuación.

## Maribel Coají Erazo
## C.C. No. 25.274.069 de Popayán C.

Es fiel copia tomada del acta original general No. 036 del 06 de julio de 2001, consta de 36 alumnos; comienza con el nombre de de **Miriam Arcos Cifuentes** y se cierra con el nombre de **Soraida Zemanate Chilito**. Firmada por el Esp. **Emiro Mamián Guzmán** (Rector) y **Constanza Stella Muñoz Henao** (Secretaria).

Dada en el municipio de Popayán - Cauca, a los 06 de julio de 2001.

**Esp. Emiro Mamián Guzmán**
Cc No. 10.478.590 de Santander
Rector

**Constanza Stella Muñoz Henao**
Cc No. 34.569.088 de Popayán
Secretaria

Servicomp del Cauca

La Republica de Colombia

y en su nombre

# Bachillerato Nocturno

# "José María Córdoba"

Popayán – Cauca

Autorizado por la Secretaria de Educación, Cultura y Deporte del Departamento según Resolución No. 1006 del 26 de Mayo del 2000

Confiere a:

## Maribel Coaji Erazo

Identificado(a) con CC No 25.274.069 Expedida en Popayán

El Titulo de

## Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado lo logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. – del Establecimiento

Lcdo. Emiro Mamián Guzmán
Rector

Constanza Stella Muñoz Henao
Secretaria

Este Diploma no requiere de registro en Secretaria de Educación
(Decreto nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el Libro...009...
Folio No...022...diploma No...010...
Dado en Popayán ..06.. de ..Julio.. Del año...2001

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 02 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Maribel Cogji Eiato.

C.C.: 25274069.

CARGO O No DE CONTRATO: Servicios Generales #209 - 2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Maribel Lopez Erazo
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.663

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| COAJI ERAZO MARIBEL | FEMENINO | 50 AÑOS 9 MESES 18 DÍAS | CC (Tipo) | 25274069 (Número) |

Cargo

**AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

TRABAJADOR EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, OBESIDAD GRADO I COMO UNICO HALLAZGO POSITIVO, POR LO QUE SE DA RECOMENDACIONES DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES COMO ALIMENTACION BALANCEADA Y ACTIVIDAD FISICA DE MANERA REGULAR. SE INDICA ADEMAS VALORACION POR NUTRICION EN SU EPS.

ES APTA PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA SIN NINGUNA RESTRICCION

SE DA RECOMENDACIONES OCUPACIONALES COMO USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS EN CADA JORNADA LABORAL.

EN LA EMPRESA ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, REPORTAR DE INMEDIATO A LA ARL EN CASO DE PRESENTARSE ACCIDENTE LABORAL, CONTINUAR EN SU EPS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE ACUERDO A LA EDAD Y AL GENERO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Médico | | | Aspirante o Trabajador |
|---|---|---|---|
| **Firma:** | Pedro Fernando Ordoñez<br>MEDICO ESP. SG-SST<br>RES. 09550-08/18 | | **Firma:** |
| **Nombre:** | CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ | **Código de Seguridad** | **Nombre:** COAJI ERAZO MARIBEL |
| **R. M.:** 87248344 | **L.S.O.:** 09550-2018 | K979Q1W69663 | **CC:** 25274069 |

| Prolimnar IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO | CERTIFICACIÓN LABORAL | CÓDIGO: | SIG-RH-F-12 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE APROBACIÓN: | 20/05/2025 |
| | | VERSIÓN: | 2 |
| | | PÁGINA: | 1 de 1 |

**LA EMPRESA PROLIMNAR DEL SUR S.A.S**

**NIT. 901.107.773 – 4**

**HACE CONSTAR QUE:**

La señora **MARIBEL COAJI ERAZO** identificada con Cedula de Ciudadania No. **25274069** de Popayán (C), laboro como:

| CARGO | FECHA INICIAL | FECHA FINAL | TIPO DE CONTRATO |
|---|---|---|---|
| Auxiliar de Servicios Generales | 22/10/2024 | 28/02/2026 | Obra o labor contratada |

Último salario básico devengado UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($1.750.905).

Para constancia se expide a solicitud del interesado, a los 06 días del mes de Marzo de 2026.

L. Lorena Hidalgo Riascos
Directora de gestión humana
Prolimnar Del Sur S.A.S

Prolimnar
IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO
Nit: 901.107.773-4
Director de Gestión Humana

Proyectó: Lorena Hidalgo R. Cargo directora de gestión humana
Para efecto de verificación de autenticidad, comunicarse: 318 369 8088
E-MAIL: ghprolimnar@gmail.com Celular: 8027337861

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Unica | | | |
| Fiebre Amarilla | Unica | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | 31-10-24 | 233LC212 | Sanitas Medan |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 31-10-24 | 23GHBV022 | Teleclinic |
| | 2 | 25-5-25 | 246HBV017 | Gabriel Llanten. |
| | 3 | 8-7-25 | 246HBV017 | Sanitas |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 31-10-24 | V5252 Y005 | Sanitas Medan |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | 18-02-22 | 210958 | Medical Contact |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |




MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maribel Emili

Apellidos: Erazo

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 25274069

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 05 Año 1975

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| MAYORGA | GIRONZA | MARIBEL |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 25312965

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 06 MES 06 AÑO 1981

DEPTO CAUCA

MUNICIPIO BOLIVAR

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CARRERA 33 #18-03 B. 31 DE MARZO

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYAN

TELÉFONO 3113872142 EMAIL jcchaparro7@gmail.com

## 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 CLASICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. X | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | MES 12 AÑO 2003 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 32 HORAS | X | | ASEO HOSPITALARIO Y MANIP ALIMENT | 12 | 2012 | GOBERN CA |
| TC | 20 HORAS | X | | TECNICAS MANIPULACION DE ALIM | 09 | 2011 | SENA |
| TC | 60 HORAS | X | | LIMPIEZA SANITIZACION Y DESINF SUPERFICIES | 06 | 2016 | SENA |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| LIMPIAMOS Y LIMPIAMOS S.A.S. | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8208097 | DÍA 06 MES 06 AÑO 2020 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUXILIAR SERV. GENERALES | HOSPITAL SUSANA LOPEZ | LA LADERA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ECHEVERRY PEREZ LTDA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | echeverryperez@hotmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8208097 | DÍA 04 MES 08 AÑO 2018 | DÍA 10 MES 05 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX.SERVICIOS GENERALES | ESE POPAYAN | CRA 2 #4-67 POPAYAN |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| LIMPIAMOS Y LIMPIAMOS S.A.S. | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8208097 | DÍA 01 MES 02 AÑO 2015 | DÍA 30 MES 07 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUXILIAR SERV. GENERALES | ESE POPAYAN | CARRERA 14 # 5-58 LOC104 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ECHEVERRY PEREZ LTDA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | echeverryperez@hotmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 8208097 | DÍA 07 MES 10 AÑO 2014 | DÍA 31 MES 01 AÑO 2015 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| [redacted] | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | | |
| EMPLEADO SECTOR PRIVADO | 11 | 01 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| | 11 | 01 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Maribel Mayorga gironza

*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.

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.312.965
MAYORGA GIRONZA
APELLIDOS
MARIBEL
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1981
BOLIVAR
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-MAR-2000 BOLIVAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1100100-00424406-F-0025312965-20130204 0032360083A 1 7752195733

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

Hoja Principal

**001**

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14245420259

(415)7707212489984(8020) 000001424542025 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 25312965 - 2

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanes de Popayán 17

14. Buzón electrónico:

## IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13

26. Número de identificación: 25312965

27. Fecha expedición: 20000308

Lugar de expedición: 28. País: COLOMBIA 169

29. Departamento: Cauca 19

30. Ciudad/Municipio: Bolívar 100

31. Primer apellido: MAYORGA

32. Segundo apellido: GIRONZA

33. Primer nombre: MARIBEL

34. Otros nombres:

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

38. País: COLOMBIA 169

39. Departamento: Cauca 19

40. Ciudad/Municipio: Popayán 001

41. Dirección: CR 33 16 03 BRR TREINTA Y UNO DE MARZO

42. Correo electrónico:

43. Apartado aéreo:

44. Teléfono 1: 3116063422

45. Teléfono 2: 3142831023

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: | 1 | 2 | 51. Código: | 52. Número establecimientos |
| 8299 | 20130614 | | | | | | | |

### Responsabilidades

53. Código:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1,2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 12- Ventas régimen simplificado

### Usuarios aduaneros

54. Código:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 2

61. Fecha: 20130614

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del suscriptor:

Maribel Mayorga

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: VILLAQUIRAN SOLARTE ERIKA ISABEL

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 14-06-2013 02:36:15PM

Bachillerato Departamental Agropecuario

"Mariscal Sucre"

Sucre - Cauca

# Acta Individual de Grado

En el Municipio de Sucre - Cauca, a los 12 días del mes de Diciembre del año 2003, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del programa de educación Básica y Media con énfasis en Convivencia Pacífica, los suscritos: Rectora, Secretaria y Coordinador Académico del Bachillerato Departamental Agropecuario " Mariscal Sucre " aprobado hasta el Nivel de Educación Media Técnica y autorizado por la Secretaria de Educación Departamental, para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No. 2126 del 31 de Octubre de 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica - Ciclos 1,2,3 y 4 , se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico con Enfasis en Convivencia Pacifica , al graduando cuyos nombres y apellidos se relacionan a continuación.

**MARIBEL MAYORGA GIRONZA**

C.C. No. 25.312.965 DE BOLIVAR CAUCA

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. .01 de fecha 12 de Diciembre de 2003, que consta de 142 estudiantes; que comienza con el nombre de Adán Ordóñez Burbano y se cierra con el nombre de Yoly Estela Solano Muñoz. Firmada por la Esp. Luz Mila Ortiz Daza (Rectora) y Yaneth Muñoz Gómez (Secretaria).

Dada en Sucre - Cauca, a los 12 días del mes de Diciembre del año 2003.

Luz Mila Ortiz Daza

Esp. Luz Mila Ortiz Daza

Ce. No. 34.543.204 de Popayán

Rectora

Yaneth Muñoz Gómez

Yaneth Muñoz Gómez

Ce. No. 52.536.305 de Bogotá

Secretaria

La suscrita Gerente Operativa de la Empresa ECHEVERRY PEREZ LTDA,

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) **MARIBEL MAYORGA GIRONZA** identificado (a) con cedula de ciudadanía número 25.312.965, expedida en Bolívar – Cauca, laboro para nuestra empresa desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, desde el 07 de Octubre de 2014 hasta 31 de enero de 2015 bajo la modalidad de contrato a termino fijo.

Se firma en la ciudad de Popayán, a los veinte (20) días del mes de Marzo de 2015

MELBA AGREDO PALTA
Gerente Operativa
ECHEVERRY PEREZ LTDA.
TEL: 8208097

*NUESTROS SERVICIOS TEMPORALES CUBREN AMPLIAMENTE LAS NECESIDADES DE SU EMPRESA, POR ESTA RAZÓN NO TENEMOS COMPETENCIA*

NIT 900.301.306-

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE SINTRASALUD

CERTIFICA:

Que la señora (a) MARIBEL MAYORGA, identificada con la cédula de ciudadania No. 25.312.965, de Popayán, fue afiliada participe e hizo parte del Contrato Sindical firmado entre Sintrasalud y el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., desde el dia 01 de Abril de 2011, hasta el 31 de julio de 2012, como Operaria de Servicios Generales.

Esta certificacion se expide de conformidad con el decreto 1429 del 28 de abril del 2010, el cual reglamento los articulos 482, 483, 484 del Código Sustantivo de Trabajo referente al Contrato Sindical.

La presente se expide para trámites del interesado.

Dada en Popayán, a los Treinta y un (31) días del mes de Julio de 2012.

Sindicato departamental de trabajadores de la salud
SINTRASALUD
REGISTRO SINDICAL No. [illegible] DE JULIO DEL 2006
NIT [illegible]

FERNANDO CHAMIZO CAMACHO
Presidente de Sintrasalud

# ESCUELA DE CAPACITACIÓN TÉCNICA

## SOLO POR SERVICIO

**PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO**

SOLO POR SERVICIO
soluciones a tu medida

Licencia de Funcionamiento según Resolución Nº 3163 de 30 Septiembre de 2010
emanada de la Secretaría de Educación, Cultura y Deporte del Municipio de Popayán (Cauca)

**CERTIFICA QUE:**

## MARIBEL MAYORGA GIRONZA

**C.C. 25.312.965**

**ASISTIÓ AL CURSO:**

## LIMPIEZA, SANITIZACIÓN, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE SUPERFICIES CON ENFASIS EN ASEO HOSPITALARIO

**Intensidad: 40 horas**

**Popayán, 1 de Julio de 2020**

**SANDRA MILENA CHARA**
**Coordinadora Académica**

**ING. JOSE DANIEL GARZON**
**Docente**

REGIONAL CAUCA

## EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS

# CERTIFICA

Que MARIBEL MAYORGA GIRONZA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 25.312.965 de Bolívar, realizó y aprobó el curso de LIMPIEZA, SANITIZACION Y DESINFECCION DE SUPERFICIES con una intensidad horaria de Sesenta (60) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Popayán, a los seis (6) días del mes de mayo de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
EDWARD ENRIQUE VARGAS VIVAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Popayán

EDWARD ENRIQUE VARGAS VIVAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA



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 9307001175530CC25312965E.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**MARIBEL MAYORGA GIRONZA**

*Con Cedula de Ciudadanta No. 25.312.965*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## LIMPIEZA, SANITIZACION Y DESINFECCION DE SUPERFICIES

*con una duración de 60 horas*

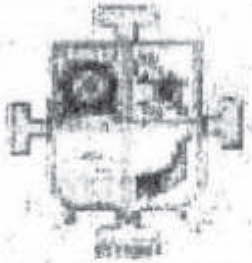
*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Popayán, a los seis (6) días del mes de mayo de dos mil dieciseis (2016)*

Firmado Digitalmente por
EDWARD ENRIQUE VARGAS VIVAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Popayán

EDWARD ENRIQUE VARGAS VIVAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA

**35261615 - 06/05/2016**
FECHA REGISTRO

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 9307001175530CC25312965C.



**GOBERNACIÓN DEL CAUCA**
**SECRETARIA DE EDUCACIÓN Y CULTURA**
**ESCUELA DE CAPACITACION**

# CERTIFICADO DE ASISTENCIA

## *MARIBEL MAYORGA GIRONZA*

C.C. 25.312.965

*Asistió al Curso de "* ***ASEO HOSPITALARIO Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS*** *", realizado en Popayán – Cauca, del 14 al 22 de diciembre de 2012*

*Intensidad de 32 horas.*

*Popayán, 26 de diciembre de 2012*

ESP. GLORIA ESPERANZA CERON
Directora
Escuela de Capacitación de la Gobernación del Cauca

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**MARIBEL MAGORGA**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 25.312.965*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## TÉCNICAS DE MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

*con una duración de 20 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Popayán, a los veintiocho (28) días del mes de septiembre de dos mil once (2011)*

Firmado Digitalmente por
JULIAN ANDRES NAVIA DIAZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Popayán

JULIAN ANDRES NAVIA DIAZ
SUBDIRECTOR
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA

**6210218 - 28/09/2011**
FECHA REGISTRO

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 9307002611142CC25312965C.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos | Minsalud

SISMUESTRAS
Registro Nacional de pacientes y resultados

# REPORTE INDIVIDUAL DE RESULTADOS SARS COV2 DE LABORATORIO

Generado a través de SisMuestras el: ***lunes, 22 de marzo de 2021 12:28 p.m.***

## PACIENTE

**Nombre:** MARIBEL MAYORGA GIRONZA **Historia / ID: CC** **25312965**

**Fecha de Nacimiento:** 6/06/1981 **Edad:** 39 **Sexo:** Femenino

**Departamento de Residencia:** CAUCA

**Regimen:** **Aseguradora:** SOS EPS

## LABORATORIO

**Laboratorio que Procesa:** **Laboratorio Lorena Vejarano SAS** **Fecha de cargue:** viernes, 28 de agosto de 2020 2:33 p.m.

**Resultado:** **POSITIVO** **Tipo de Examen:** RT-PCR

## MUESTRA

**IPS que envia:** LABORATORIO LORENA VEJARANO S.A.S.

**Fecha de toma de muestra:** 21/08/2020 **Fecha de Resultado:** 28/08/2020

**Departamento de toma Muestra:** CAUCA **Municipio de toma Muestra:** POPAYAN

**Observaciones generales:** 10120877

SISMUESTRAS
Registro Nacional de pacientes y resultados

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
SISMUESTRAS
Registro Nacional de pacientes y resultados

Avenida Calle 26 N° 51-20, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (1) 2207700. Ext. 1703 - 1704
Correo electronico: contactenos@ins.gov.co
Página web: www.ins.gov.co
Línea gratuita nacional: 018000 113 400

*"Nota aclaratoria*
*Este informe corresponde a la consulta de los resultados reportados al sistema de información SisMuestras por los diferentes laboratorios colaboradores autorizados de acuerdo a la Resolución 1619 de 2015, quienes son los responsables de emitir el informe del ensayo del laboratorio de las muestras analizadas de acuerdo a sus protocolos internos."*

## LABORATORIO

**Laboratorio que Procesa:** Laboratorio Lorena Vejarano SAS

**Fecha de cargue:** sábado, 6 de febrero de 2021 11:36 a.m.

**Resultado:** NEGATIVO

**Tipo de Examen:** RT-PCR

## MUESTRA

**IPS que envia:** LABORATORIO LORENA VEJARANO S.A.S.

**Fecha de toma de muestra:** 3/02/2021

**Fecha de Resultado:** 6/02/2021

**Departamento de toma Muestra:** CAUCA

**Municipio de toma Muestra:** POPAYAN

**Observaciones generales:** 10174009

## FIN DEL INFORME

SISMUESTRAS
Registro Nacional de pacientes y resultados



Avenida Calle 26 N° 51-20, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (1) 2207700. Ext. 1703 - 1704
Correo electronico: contactenos@ins.gov.co
Página web: www.ins.gov.co
Línea gratuita nacional: 018000 113 400

*"Nota aclaratoria*
*Este informe corresponde a la consulta de los resultados reportados al sistema de información SisMuestras por los diferentes laboratorios colaboradores autorizados de acuerdo a la Resolución 1619 de 2015, quienes son los responsables de emitir el informe del ensayo del laboratorio de las muestras analizadas de acuerdo a sus protocolos internos."*

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 245993046

PIB
07:50:11


Bogotá DC, 27 de abril del 2024

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) MARIBEL MAYORGA GIRONZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25312965:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

**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.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 27 de abril de 2024, a las 07:52:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 25312965 |
| Código de Verificación | 25312965240427075211 |

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 07:54:59 AM horas del 27/04/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **25312965**
Apellidos y Nombres: **MAYORGA GIRONZA MARIBEL**

**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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

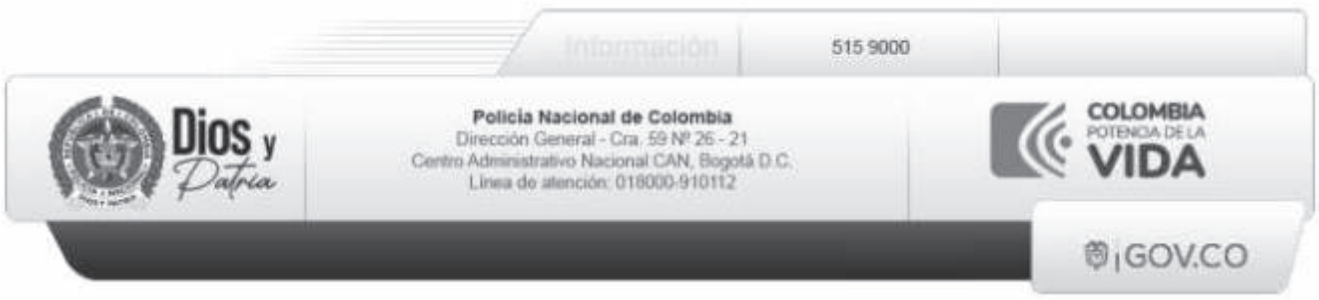
## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/04/2024 08:29:28 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **25312965 .**

## 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. **90916252** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir



## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 25312965 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 27/04/2024 08:12 AM

Código Verificación: **5ZLS8C3PAB**

Válida hasta: **26/07/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

# 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 08:27:14 horas del 27/04/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **25312965,** Apellidos y Nombres **MAYORGA GIRONZA MARIBEL**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **JUAN C CHAPARRO R**, con NIT **010539545-3** 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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.312.965
MAYORGA GIRONZA
APELLIDOS
MARIBEL
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1981
BOLIVAR
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
08-MAR-2000 BOLIVAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1100100-00424466-F-0025312965-20130204 00323 60083A 1 7752195733

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:53:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 25312965 |
| Código de Verificación | 253129652609071153 55 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302585463

PIB
16:49:46


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARIBEL MAYORGA GIRONZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25312965:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:18:48 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **25312965**
Apellidos y Nombres: **MAYORGA GIRONZA MARIBEL**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Mariscal Sucre

Sucre - Cauca

# Acta Individual de Grado

el Municipio de Sucre - Cauca, a los 12 días del mes de Diciembre del año 2003, se ieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del programa de educación ica y Media con énfasis en Convivencia Pacífica, los suscritos: Rectora, Secretaria y rdinador Académico del Bachillerato Departamental Agropecuario " Mariscal Sucre " bado hasta el Nivel de Educación Media Técnica y autorizado por la Secretaría de cación Departamental, para otorgar el Título de Bachiller Académico, según olución No. 2126 del 31 de Octubre de 2002.

probada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y baron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica - Ciclos y 4 , se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico con Énfasis en vivencia Pacífica , al graduando cuyos nombres y apellidos se relacionan a continuación.

**MARIBEL MAYORGA GIRONZA**
**C.C. No. 25.812.965 DE BOLIVAR CAUCA**

el copia tomada del Acta Original General No. .01 de fecha 12 de Diciembre de 2003, onsta de 142 estudiantes; que comienza con el nombre de Adán Ordóñez Burbano y rra con el nombre de Yoly Estela Solano Muñoz. Firmada por la Esp. Luz Mila Ortiz (Rectora) y Yaneth Muñoz Gómez (Secretaria).

a en Sucre - Cauca, a los 12 días del mes de Diciembre del año 2003.

Esp. Luz Mila Ortiz Daza
Ce. No. 34.343.204 de Popayán
Rectora

Yaneth Muñoz Gómez
Ce. No. 52.536.309 de Bogotá
Secretaria

La República de Colombia
y en su nombre

# El Bachillerato Departamental Agropecuario "Mariscal Sucre"

Municipio de Sucre – Cauca

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca, según Resolución No. 2126 del 31 de Octubre de 2002

Confiere a:

*Maribel Mayorga Gironza*

C.C. No. 25.312.965 de Bolivar, Cauca

El Título de:

# Bachiller Académico

Con énfasis en Convivencia Pacífica, según Resolución 3370 del 12 de Diciembre de 2000

Por haber Cursado y Aprobado los Estudios Correspondientes a los Ciclos 1,2,3 y 4 según los planes y programas vigentes contemplados en el Proyecto Educativo Institucional - P.E.I -

Esp. Luz Mila Ortiz Daza
C.c. No. 34.545.204 de Popayán
Rectora

Yaneth Muñoz Gómez
C.c. No. 52.538.303 de Bogotá
Secretaria

Dado en Sucre – Cauca, a los 12 días del mes de Diciembre del año 2003

Anotado en el control Interno del Plantel en el

Libro de Registro No. 001 Folio No. 044 Diploma No. .....

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Haribel Mayorga Giorta.

C.C.: 25312965.

CARGO O No DE CONTRATO Servicios Generales #109 del 2026

DEPENDENCIA: _____

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |
| | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Heribel Mayorga.
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.649

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| MAYORGA GIRONZA MARIBEL | FEMENINO | 44 AÑOS 8 MESES 19 DÍAS | CC (Tipo) | 25312965 (Número) |

Cargo

**SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

TRABAJADORA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON IMC ADECUADO SE DA RECOMENDACIONES DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES COMO ALIMENTACION BALANCEADA Y ACTIVIDAD FISICA DE MANERA REGULAR.

ES APTA PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA SIN NINGUNA RESTRICCIÓN

SE DA RECOMENDACIONES OCUPACIONALES COMO USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS EN CADA JORNADA LABORAL.

EN LA EMPRESA ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, REPORTAR DE INMEDIATO A LA ARL EN CASO DE PRESENTARSE ACCIDENTE LABORAL, CONTINUAR EN SU EPS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE ACUERDO A LA EDAD Y AL GENERO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**Código de Seguridad**

**Aspirante o Trabajador**

Maribel

**Firma:**

**Nombre:** MAYORGA GIRONZA MARIBEL

La suscrita Gerente Operativa de la Empresa ECHEVERRY PEREZ LTDA,

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) **MARIBEL MAYORGA GIRONZA** identificado (a) con cedula de ciudadanía número 25.312.965, expedida en Bolívar – Cauca, laboro para nuestra empresa desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, desde el 07 de Octubre de 2014 hasta 31 de enero de 2015 bajo la modalidad de contrato a termino fijo.

Se firma en la ciudad de Popayán, a los veinte (20) días del mes de Marzo de 2015

MELBA AGREDO PALTA
Gerente Operativa
ECHEVERRY PEREZ LTDA.
TEL: 8208097

*NUESTROS SERVICIOS TEMPORALES CUBREN AMPLIAMENTE LAS NECESIDADES DE SU EMPRESA, POR ESTA RAZÓN NO TENEMOS COMPETENCIA*

NIT 900.301.306-

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE SINTRASALUD

CERTIFICA:

Que la señora (a) MARIBEL MAYORGA, identificada con la cédula de ciudadania No. 25.312.965, de Popayán, fue afiliada participe e hizo parte del Contrato Sindical firmado entre Sintrasalud y el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., desde el dia 01 de Abril de 2011, hasta el 31 de julio de 2012, como Operaria de Servicios Generales.

Esta certificacion se expide de conformidad con el decreto 1429 del 28 de abril del 2010, el cual reglamento los articulos 482, 483, 484 del Código Sustantivo de Trabajo referente al Contrato Sindical.

La presente se expide para trámites del interesado.

Dada en Popayán, a los Treinta y un (31) días del mes de Julio de 2012.

Sindicato departamental de trabajadores de la salud
SINTRASALUD
REGISTRO SINDICAL No. [illegible] DE JULIO DEL 2006
NIT [illegible]

FERNANDO CHAMIZO CAMACHO
Presidente de Sintrasalud

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la señora **MARIBEL MAYORGA GIRONZA** identificada con cedula de ciudadanía No. 25.312.965 de Bolívar - cauca, laboro en nuestra empresa desde el 01 de junio del 2020 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

**Gerente General**



Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Maribel
Apellidos: Mayorga Gironza
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte RC PEP Otro
No. 25.312.965
Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 06 Año 1981

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maribel
Apellidos: Mayorga Gironza
Documento de identidad: CC X CE PA RC PEP Otro
No. 25 312 965
Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 06 Año 1981

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maribel
Apellidos: Mayorga Gironza
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 25 312 965
Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 06 Año 1981



¡Tu salud en las mejores manos!

Informes:
(602) 8220872 ext 312
Calle 2 con Cra 10 esquina B/Centro
Cel: 321 859 6843
comercialips@comfacauca.com
Popayán

www.comfacauca.com

comfacauca IPS

Carnet de Vacunación del adulto



Nombres: Maribel
Apellidos: Mayorga Gironza
Documentos: CC X TI PEP No. 25312965
Fecha de nacimiento: 06 06 1981

Vigilada Supersalud

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID 19 | 1 | 06-04-21 | PFIZER | [illegible] | H S L V | Juancarlos Gustavo | [illegible] |
| | 2 | 27-04-21 | PFIZER | ET1472 | H.S.L.V | Yamilet Salamanca | [illegible] |
| | | 21-02-22 | Pfizer | 210958 | ESE Apayan | | 05/12/2022 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampion - Rubeola | Unica | | | |
| Fiebre Amarilla | Unica | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampion - Rubeola | Unica | | | |
| Fiebre Amarilla | Unica | R. 6.9.24 | 2208004238 Gaby | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 7/07/25 | 230047 Juan Carlos Botanton | H.S.L.V |
| Otras | | 29/04/24 | 60 52400 | HSLV |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 15-01-25 | 246HBV017 | Gaby B |
| | 2 | 5.2.26 | 0345/0028 | Gaby Lizalda |
| | 3 | 6 meses | | VACUNACION |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre amarilla | Única | | | |
| Influenza ANUAL | | | | |
| Neumococo 23 | 1 | | | |
| Meningococo | 1 | | | |
| Prevenar 13 | | | | |
| Triple viral | | | | |




# Formato Único de Hoja de Vida - Persona Natural

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

## 1. Datos Personales

| Primer Apellido | | Segundo Apellido (o de casada) | | Nombres | |
|---|---|---|---|---|---|
| GÓMEZ | | CAMPO | | MARICELA | |
| **Documento de Identificación** | **Número** | **Sexo** | **Nacionalidad** | **País** | **Estado Civil** |
| Cédula de Ciudadanía (X) | 34.544.456 (Popayán) | Femenino | Colombiana | Colombia | Casada |
| **Fecha de Nacimiento** | | **Lugar de Nacimiento** | | **Años de Experiencia Laboral** | |
| 20 / 09 / 1964 | | La Sierra, Cauca | | 20 años | |
| **Dirección de Correspondencia / Domicilio** | | **Ciudad / Municipio** | | | |
| Vereda Julumito Alto | | Popayán, Cauca | | | |
| **Teléfono / Celular** | | **Correo Electrónico** | | | |
| 310 5017977 | | camachoalfonso@gmail.com | | | |

## II. Perfil Laboral

*Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral:*

Soy una persona respetuosa, que me gusta trabajar en equipo, puntual, discreta, ordenada, soy bachiller, tengo diversos estudios en el SENA, capacitaciones en Comfacauca que refuerzan mis labores diarias, actualmente cuento con 20 años de experiencia laboral la mayor parte en el Hospital Susana López.

## III. Formación Académica

**Educación Básica y Media**

| Educación Máxima Aprobada | Título Obtenido | Nombre de la Institución | Ciudad | Año Finalización |
|---|---|---|---|---|
| Media / Bachillerato (11°) | Bachiller | Colegio Jhon F. Kennedy | Popayán | 2010 |

**Otros Estudios (Cursos, Diplomados, Seminarios)**

| Nombre del Programa | Institución | Intensidad Horaria |
|---|---|---|
| Limpieza de Áreas y Superficies | SENA | 40 Horas |
| Primeros Auxilios | ESACAUCA | 40 Horas |

## IV. Información Familiar

| Nombre Cónyuge / Compañero(a) | Profesión / Ocupación | Personas que Dependen Económicamente |
|---|---|---|
| Alfonso Camacho Pisamina | Administrador Público | 1 |

| Nombre de los Padres | Profesión / Ocupación | Nombre de los Hermanos | Profesión / Ocupación |
|---|---|---|---|
| Julio Gómez | Agricultor | Sivia Gómez | Ama de Casa |
| Leonila Campo | Ama de Casa | - | - |

## V. Experiencia Laboral

---

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

| Empresa o Entidad | | PROLIMNAR | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **País** | Colombia | **Departamento** | Cauca | **Municipio** | Popayán |
| **Fecha de Ingreso** | 16 / 07 / 2024 | **Fecha de Retiro** | 2026 | **Tipo de Contrato** | Fijo |
| **Cargo Desempeñado** | Operaria de Servicios Generales | | **Dependencia** | Servicios Generales | |
| **Jefe Inmediato** | Paola Erazo | | **Cargo del Jefe** | Supervisora | |
| **Logros / Reconocimientos** | Reconocimiento a la labor en la empresa Prolimnar. | | | | |

## VI. Tiempo Total de Experiencia

---

| Ocupación | Años | Meses |
|---|---|---|
| Empleado del Sector Privado | 20 | 0 |
| **Total Tiempo Experiencia** | **20** | **0** |

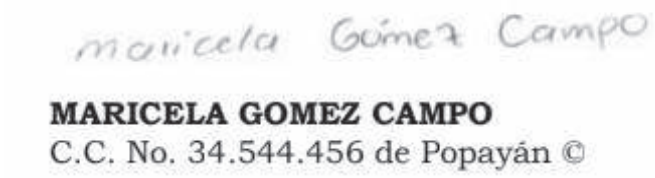
## VII. Referencias

**Referencias Personales y Familiares**

| Tipo | Nombre | Ocupación | Dirección / Ciudad | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| **Personal** | Andrés Felipe Ruiz | Ingeniero Civil | Julumito | 312 6653877 |
| **Familiar** | Sandra Milena Camacho | Abogada | Julumito Alto | 317 4348406 |

## VIII. Firma

Para todos los efectos legales, certifico que los datos por mí anotados en el presente formato único de hoja de vida son veraces (Artículo 5° de la Ley 190/95). Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.




**FIRMA DEL SOLICITANTE**
Nombre: MARICELA GÓMEZ CAMPO
C.C. 34.544.456 de Popayán

Fecha de Diligenciamiento: 2026 Ciudad: Popayán, Cauca







Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 11:54:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 34544456 |
| Código de Verificación | 34544456260907115454 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302585089

PIB
16:46:51


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARICELA GOMEZ CAMPO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34544456:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:20:02 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34544456**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ CAMPO MARICELA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

*Acta de Grado*
*Individual*

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
INSTITUCION EDUCATIVA
"JOHN F. KENNEDY"
**Jornada nocturna**

En la ciudad de Popayán - Cauca, a los 7 días del mes de diciembre de 2010, se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría de la Institución Educativa "**JOHN F. KENNEDY**" aprobada hasta el Grado Once de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Municipio de Popayán para otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO**, según Resolución No. 2325 del 6 de noviembre de 2009.

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

**BACHILLER ACADÉMICO.**

Al graduando cuyos nombres y apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación.

# Maricela Gómez Campo

Identificado con C.c 34.544.456 Expedida en Popayán

**Es fiel copia del Acta Original** General No 046 de fecha 7 de diciembre de 2010 que consta de 43 alumnos que comienzan con el nombre de **Álvarez Guacheta Cristian Daniel** y se cierra con el nombre de **Zúñiga Silva Francy Yhoana.**

Para constancia se firma en Popayán a los 7 días del mes de diciembre de 2010

Oliverio Chilito Bravo
C.c. No. 1.505.984 de San Sebastián
(Rector)

Lucia Esperanza Bonilla de Vidal
C.c. No. 34.525.999 de Popayán
(Aux Administrativo)

Powered by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre

# La Institución Educativa

# "John F. Kennedy"

Popayán - Cauca

Jornada Nocturna

Aprobada por la Secretaria de Educación, Cultura y Deporte del Municipio de Popayán

Según Resolución 2325 del 6 de Noviembre de 2009

Confiere a :

## Maricela Gómez Campo

Identificado con C.c 34.544.456 Expedida en Popayán

El Titulo de

## *Bachiller Académico*

Por haber cursado y aprobado los Estudios correspondientes al Nivel de

Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

Ley 115 del 8 de Febrero de 1994 y el Decreto 1860 de 1994

Oliverio Chilito Bravo
C.c. No. 1.505.984 de San Sebastián
(Rector)

Lucia Esperanza Bonilla de Vidal.
C.c. No. 34.525.999 de Popayán
(Aux. Administrativo)

Dado en Popayán - Cauca a los 7 dias del mes de Diciembre de 2010

Anotado en el Control Interno del Plantel en el

Libro de Registro No 001 Folio N°14 Diploma N° 0011410

Powered by CamScanner

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Mariela Gomez Campo

C.C.: 34544456

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de servicios Generales, #109- 2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Maricela Gomez Campo
Firma del trabajador
34544456 jp

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.711

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| GOMEZ CAMPO MARICELA | FEMENINO | 61 AÑOS 5 MESES 4 DÍAS | CC (Tipo) | 34544456 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 15 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
R979X1D69711

**Aspirante o Trabajador**

Maricela G

**Firma:**

**Nombre:** GOMEZ CAMPO MARICELA

**CC:** 34544456

| Prolimnar<br>IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO | CERTIFICACIÓN LABORAL | CÓDIGO: | SIG-RH-F-12 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE APROBACIÓN: | 20/05/2025 |
| | | VERSIÓN: | 2 |
| | | PÁGINA: | 1 de 1 |

**LA EMPRESA PROLIMNAR DEL SUR S.A.S**

**NIT. 901.107.773 – 4**

**HACE CONSTAR QUE:**

La señora **MARICELA GOMEZ CAMPO** identificada con Cedula de Ciudadanía No. **34544456** de Popayán (C), laboro como:

| CARGO | FECHA INICIAL | FECHA FINAL | TIPO DE CONTRATO |
|---|---|---|---|
| Auxiliar de Servicios Generales | 15/07/2024 | 28/02/2026 | Obra o labor contratada |

Último salario básico devengado UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($1.750.905).

Para constancia se expide a solicitud del interesado, a los 06 días del mes de Marzo de 2026.

**L. Lorena Hidalgo Riascos**
Directora de gestión humana
Prolimnar Del Sur S.A.S

Prolimnar
IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO
Nit: 901.107.773-4
Director de Gestión Humana

Proyectó: Lorena Hidalgo R. Cargo directora de gestión humana
Para efecto de verificación de autenticidad, comunicarse: 318 369 8088
E-MAIL: ghprolimnar@gmail com Celular: 6027337661

# Certificado Digital de Vacunación contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

# Colombia

## COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

**Nombres y apellidos** / Full name

MARCELA GOMEZ CAMPO

| **Tipo de identificación** / ID Type | **Número de identificación** / ID Number |
|---|---|
| CC | 34544456 |
| **Fecha nacimiento** / Date of birth | **País nacimiento** / Country of birth |
| 20/09/1964 | CO-COLOMBIA |
| **Número de contacto (celular)** / Phone number | **Correo electrónico** / e-mail |
| 3105017972 | |

Datos de vacunación / Vaccination detail

| Dosis / Dose number | | |
|---|---|---|
| Primera | Segunda | Refuerzo |
| **Lote** / Vaccine batch | | |
| EN1195 | ER1742 | FF8849 |
| **Vacuna** / Vaccine | | |
| PFIZER MANUFACTURING BELGIUM | PFIZER MANUFACTURING BELGIUM | PFIZER MANUFACTURING BELGIUM |
| **Centro vacunador** / Administering Center | | |
| POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | POPAYAN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA | POPAYAN BIOS MEDICAL CENTER |
| **Fecha de aplicación** / Date of Vaccination | | |
| 06/03/2021 | 29/03/2021 | 26/11/2021 |
| **País de vacunación** / Country of Vaccination | | |
| CO-Colombia | CO-Colombia | CO-Colombia |
| **Sello digital** / Digital Stamp | | |
| S8ALIRZR3672SNVAWTPGK OSOP3E6ZJDAFHNUXPOU D2FVPHKQE74Q | C2SGJWOMKVETHHJMNGA RQSQDNMQTXWSFCYULXF TUWTTZ7HHTWFZQ | HNWDAV3SC2LCVVS3JBO OAFGSJVVJTARABNZU3XU ZP4UI3VBNCPQ |
| **Fecha de emisión del documento** / Document issued | | |
| 25/03/2022 | 25/03/2022 | 25/03/2022 |

**Línea de ayuda** / Help line: DSC - soportevacunacion@minsalud.gov.co

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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

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

Ver certificado en Minsalud

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunizaciones).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

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

View certificate in Minsalud

Vacunas Salvan Vidas

Yo me vacuno

Vacunación IPS - Tel. 8206860 ext. 312

# CARNET DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

comfacauca IPS

Nombres:

Apellidos:

Documento de Identidad: C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No.

Fecha de Nacimiento: DD MM AA

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 4-ene-20 | 2208-20 17A | |
| | 2 | 11-Mar-20 | 226X0C3190 | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 4-ene-20 | AHBVC777AF | |
| | 2 | 11-MAR-20 | UFX190202 | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | | Única | | | |
| Influenza | Anual | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Neumococo 23 | | 1 | | | |
| Meningococo | | 1 | | | |
| Prevenar 13 | | | | | |
| Varicela | | | | | |
| Otras | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

*Consérvelo*

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Yanicla

Apellidos: Gomez.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 34594456.

Fecha de Nacimiento: Día 20 Mes 09 Año 1964

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 05/12/2014 | 02AB2011Q | Bladimir |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

minerva 10-03

LA ORIGINAL

SIEMPRE AL DIA!®

www.formasminerva.com

# HOJA DE VIDA

## PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en computador.

| Fecha (D / M / A) | Empleo o cargo en el que está interesado | Código cargo |
|---|---|---|
| | | |

## I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT



| | |
|---|---|
| Apellido(s) del aspirante: Focasudel Rivera | Nombre(s) del aspirante: Marilu |
| Lugar y fecha de nacimiento: Bogota D.C. 16/05/1988 | |
| Dirección domicilio / Barrio: Calle 69 AN # 8C-08 | Ciudad: Popayan |
| Teléfono: 3105031726 | No. Celular: 3105031726 |
| Correo electrónico: maryluciv2018@gmail.com | Nacionalidad: Colombiana |
| Profesión, ocupación u oficio: Servicios Generales | (*) Estado civil: Unión Libre |
| | Años de experiencia laboral: |

### DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cédula de ciudadanía: [X] No. 34557860 | (**) Libreta militar No. | Primera clase: [ ] | |
| Extranjería: [ ] Expedida en: Popayan | Distrito No. | Segunda clase: [ ] | |
| Tarjeta profesional No. | ¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [X] | Licencia de conducción No. | Categoría |

## II. INFORMACIÓN PERSONAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Está trabajando actualmente? Sí [X] No [ ] | ¿En qué empresa? Prolimnar del Sur | Empleado [X] Independiente [ ] | Tipo de contrato |
| ¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X] | ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X] | Fecha (D / M / A) | ¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Sí [ ] No [ ] Nombre / Dependencia |
| ¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [X] | Nombre / Dependencia | ¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [X] ¿Cuál? | |
| ¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida? Popayan | ¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? | ¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [X] No [ ] | |
| Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [X] ¿Alquilada? [ ] | Nombre del arrendador | Teléfono | ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? |
| ¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X] | Describalo e indique su valor mensual | ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1.200.000 | |
| ¿Por qué conceptos? | | ¿Cuanto es su aspiracion salarial? $ 1.850.000 | |
| ¿Cuál es su principal afición? | ¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)? | | |

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.?
Sí [X] No [ ] ¿Cuál(es)? Reconocimientos por mi buen desempeños en mis labores

¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.?
Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

**OBJETIVO** Mencione brevemente qué expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique cómo planea hacerlas realidad.

Considero que soy una persona responsable y comprometida, enfocada en cumplir mis funciones con excelencia y dedicación. Me caracterizo por mi actitud agradable, disposición para trabajar en equipo y constante interes por hacer las cosas de la mejor manera.

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

REV. 09-2016

02264511

7 702124 007813

## III. INFORMACIÓN FAMILIAR

| Nombre esposa(o) o compañera(o) | Profesión, ocupación u oficio | Empresa donde trabaja |
|---|---|---|
| Freddy Enrique Daza | Independiente | |

| Cargo actual | Dirección | Teléfono | Ciudad |
|---|---|---|---|
| | Calle 69 AN # 8C-08 | 3105032352 | Popayan |

| No. de personas que dependen económicamente del solicitante | Parentesco | Edades |
|---|---|---|
| 2 | Hijos | 21 y 25 |

| Nombre(s) padre(s) | Profesión, ocupación u oficio | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

| Nombre(s) hermano(s) | Profesión, ocupación u oficio | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| | | |

## IV. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| ESTUDIOS | AÑO DE FINALIZACIÓN | AÑOS CURSADOS | TÍTULO OBTENIDO | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria | 2022 | 1 | Basica Primaria | Institución E. Gabriela Mistral. | Popayan |
| Bachillerato Clásico / Técnico / Comercial / Otro | 2024 | 6 | Bachiller | Institucion E. Comercial del Norte | Popayan |
| Educación Superior Técnico | | | | | |
| Tecnológico | | | | | |
| Profesional | | | | | |
| Posgrados | | | | | |

| Otros: cursos, diplomados, seminarios. | Intensidad horaria | Nombre del programa | Institución |
|---|---|---|---|
| | 44 horas | Manejo de residuos, Aseo y desinfeccion de Areas | Escacauca |

| ¿Cursa estudios actualmente? | ¿Qué tipo de estudios? | Duración (años, semestres, meses) | Año / semestre que cursa |
|---|---|---|---|
| Sí [ ] No [X] | | | |

| Nombre de la institución | Horario | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Diurno [ ] | Nocturno [ ] | Fin de semana [ ] | A distancia [ ] |

**OTROS CONOCIMIENTOS:** Indique el grado de dominio **R** - Regular, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sistemas** Sí [ ] No [X] | 1. | R B MB | 3. | R B MB | | | |
| ¿Qué programas maneja? | 2. | R B MB | 4. | R B MB | | | |
| **Idiomas** Sí [ ] No [X] | | Lectura | | Escritura | | Habla | |
| ¿Qué idioma(s) conoce? | 1. | R B MB | | R B MB | | R B MB | |
| | 2. | R B MB | | R B MB | | R B MB | |

**Nota:** en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación

## V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUÉ CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUE ÁREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

| EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS (*) | | | | | | ÁREA DE LA EMPRESA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGRICULTURA | | Metalurgia | | FINANCIERO | | Administración | | Personal | |
| GANADERÍA / AVICULTURA | | Maquinaria | | INMOBILIARIO | | Auditoría | | Sistemas | |
| MINERÍA | | Automotores | | INFORMÁTICO | | Bodega | | Tesorería | |
| HIDROCARBUROS | | Muebles | | SALUD | | Compras | | OTRAS (¿Cuáles?) | |
| INDUSTRIA | | Reciclaje | | EDUCACIÓN | | Contabilidad | | | |
| Alimentos y Bebidas | | OTROS (¿Cuáles?) | | SEGUROS | | Costos | | | |
| Tabaco | | | | TURISMO / RECREACIÓN | | Crédito y Cobranzas | | | |
| Textiles y Confecciones | | | | OTROS SERVICIOS | | Diseño | | | |
| Cuero y Calzado | | ELECTRICIDAD / GAS / AGUA | | Asesorías Profesionales | | Finanzas | | | |
| Papel y Cartón | | CONSTRUCCION | | Servicios Temporales | | Gerencia General | | | |
| Editorial y Artes Gráficas | | COMERCIO | | Seguridad Vigilancia | | Impuestos | | | |
| Químico y Farmacéutico | | HOTELES Y RESTAURANTES | | OTROS SECTORES | | Mercadeo | | | |
| Caucho y Plástico | | TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO | | | | Producción | | | |
| Vidrio, Cerámica y Cemento | | COMUNICACIONES | | | | Publicidad | | | |



(*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas para Colombia DANE.

## VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

| Nombre de la última o actual empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| Hotel el Peñol | Carrera 4 #7-25 | |

| Nombre de su jefe inmediato | Cargo | Fecha de ingreso | Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | Administradora | D 19 M 05 A 2003 | D 12 M 11 A 2022 |

| Total tiempo servido | Sueldo inicial | Sueldo final o actual | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |
|---|---|---|---|
| 19 años | $ 300.000 | $ 950.000 | General |

Funciones realizadas

Gerencia y Servicios Generales

Logros obtenidos

**Tipo de contrato:** Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
Fijo [X] 19 años Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [X] Jornada: Diurna [X] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Finalización del Hotel

**Verificación** *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

| Nombre de la empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| | | |

| Nombre de su jefe inmediato | Cargo | Fecha de ingreso | Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | D M A | D M A |

| Total tiempo servido | Sueldo inicial | Sueldo final | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |
|---|---|---|---|
| | $ | $ | |

Funciones realizadas

Logros obtenidos

**Tipo de contrato:** Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
Fijo [ ] Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

**Verificación** *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

| Nombre de la empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| | | |

| Nombre de su jefe inmediato | Cargo | Fecha de ingreso | Fecha de retiro |
|---|---|---|---|
| | | D M A | D M A |

| Total tiempo servido | Sueldo inicial | Sueldo final | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |
|---|---|---|---|
| | $ | $ | |

Funciones realizadas

Logros obtenidos

**Tipo de contrato:** Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
Fijo [ ] Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

**Verificación** *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

### INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente está afiliado)

| ¿Entidad promotora de salud (EPS)? | ¿Fondo de pensiones? | ¿Fondo de cesantías? |
|---|---|---|
| Si [X] No [ ] | Si [X] No [ ] | Si [X] No [ ] |
| ¿Cuál? Nueva EPS | ¿Cuál? BEPS | ¿Cuál? Porvenir |
| Fecha de afiliación: 2008 Cotizante [X] Beneficiario [ ] | Fecha de afiliación: 2017 | Fecha de afiliación: 2025 |

## VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1.- | Helena Sanchez | | | 3227117414 |
| 2.- | Rovira Rivera | | | 3128114379 |

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 3.- | Juan Diego Daza | Estudiante | Calle 69 AN # 8C-08 | 3217129939 |

**Verificación** *(Espacio exclusivo para el empleador)*

1.-

2.-

3.-

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] Marque con una X

Baje gratis el archivo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com

Ingrese su Hoja de Vida en ALIADO LABORAL www.aliadolaboral.com

**Nota Importante**

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

**Certificación**

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 82 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

**Firma del solicitante**

Marilú Focasudel R

cc. 34551860

## VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

| NOMBRE DEL ENTREVISTADOR | ENTREVISTA | | OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Asistió a entrevista | | |
| | Día | Hora | Sí | No | Hora de Llegada |
| 1.- | | | | | |
| 2.- | | | | | |

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO. **R** - Regular, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

| Aspectos | Primer Entrevistador | | | Segundo Entrevistador | | | Aspectos | Primer Entrevistador | | | Segundo Entrevistador | | | Otros aspectos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | | R | B | MB | R | B | MB | |
| Puntualidad | | | | | | | Desempeño en cargos anteriores | | | | | | | |
| Presentación | | | | | | | Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores | | | | | | | |
| Aspectos de vigor y salud | | | | | | | Se ajusta al perfil | | | | | | | |
| Facilidad de expresión | | | | | | | | | | | | | | |

**CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA**

**Primer entrevistador**

**Segundo entrevistador**

| | | |
|---|---|---|
| Candidato seleccionado definitivamente Sí ☐ No ☐ | Contrátese a partir del | Sueldo $ |
| Candidato elegible próximamente Sí ☐ No ☐ | Cargo | Tipo de contrato |

| Referencias verificadas por | Primer entrevistador | Segundo entrevistador | Firma de quien autoriza contratación |
|---|---|---|---|
| | | | |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34.557.860

FOCASUDEL RIVERA
APELLIDOS

MARILU
NOMBRES

Marilu Focasudel
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1968

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

30-MAR-1989 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1100100-00155153-F-0034557860-20090424 0011040403A 1 27889792

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 12:05:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 34557860 |
| Código de Verificación | 345578602609071205l2 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302584921

PIB
16:45:28


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARILU FOCASUDEL RIVERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34557860:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:20:42 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34557860**
Apellidos y Nombres: **FOCASUDEL RIVERA MARILU**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# Institución Educativa
# "Comercial del Norte"
Popayán - Cauca

DANE No. 119001000192
NIT: 817001924-9

## Acta Individual de Grado

*En la ciudad de Popayán, a los 6 días del mes de diciembre del año 2024, se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos del Ciclo Sexto de Educación Formal para Jóvenes y Adultos, los suscritos Rector y Auxiliar Administrativo en la Rectoría de la Institución Educativa* **" Comercial del Norte "**, *Institución aprobada y autorizada por la Secretaría de Educación del Municipio Certificado de Popayán, según Decreto No. 139 del 6 de Agosto de 2003, para otorgar el Título de* **BACHILLER ACADÉMICO** *en concordancia con el Decreto 1075 del 26 de mayo de 2015.*

*Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a los Ciclos de Educación Formal para Jóvenes y Adultos, se procedió a otorgar el Título de* **BACHILLER ACADÉMICO**, *al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

**Marilú Focasudel Rivera**
*C.c. No. 34557860 de Popayán - Cauca*

*Es fiel copia tomada del Acta Original General No.* **084** *de fecha* **6** *de diciembre del año 2024, que consta de ciento cuarenta* **(140)** *graduandos; y que inicia con el nombre de* **Achipiz Pachongo Ana Dolly** *y se cierra con el nombre de* **Vidal López Daniel Arturo**.

*Dada en Popayán - Cauca, a los 6 días del mes de diciembre del año 2024.*

*Firmada y sellada por*

**Pablo César Peña González**
*Rector*

**Helder Geyis Rendón Muñoz**
*Auxiliar Administrativo*

*Diploma No. 2705*

*Con el apoyo de:* Diakonie Katastrophenhilfe · FUNDACIÓN TIERRA DE PAZ

La República de Colombia
y en su nombre la

# Institución Educativa
# " Comercial del Norte "

Popayán – Cauca

Aprobada por la Secretaría de Educación del Municipio de Popayán
según Decreto No. 139 del 6 de Agosto de 2003.

Confiere a

## *Marilú Focasudel Rivera*

*C.c. No. 34557860 de Popayán - Cauca*

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación
Media Académica, de acuerdo al P.E.I. de la Institución, en Ciclos Lectivos
Especiales integrados según los Planes y Programas vigentes
conforme al Decreto 1075 de 2015.

Pablo César Peña Gonzáles
Rector

Helder Orgis Rendón Muñoz
Auxiliar Administrativo

Dado en Popayán – Cauca, a los 6 días del mes de diciembre del año 2024
Anotado en el control Interno del Plantel en el
Libro de Registro No. 002 Folio No. 0091 Diploma No. 2705

Con el apoyo de:

cooperación alemana

Diakonie Katastrophenhilfe

FUNDACIÓN TIERRA DE PAZ

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 05 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Mari Focasudel Rivera

C.C.: 34555786

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales

DEPENDENCIA: Operario

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Marilo Focasudel R.
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS
RESTAURANTES ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE EL TAMBO
NIT: 800.160.520-6
*" 31 años al servicio de la comunidad"*

Popayán, 28 de mayo de 2025

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente, se hace constar que la Sra. **MARILU FOCASUDEL RIVERA**, con cedula de ciudadanía número **34.557.860**, laboro para la **ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS RESTAURANTES ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE EL TAMBO**, desde el 27 de enero de 2025 hasta el 03 de abril del 2025, desempeñando el cargo de **MANIPULADORA DE ALIMENTOS** en la **I.E. CARLOS MARIO SIMMONDS – SEDE GUILLERMO LEON VALENCIA RIO BLANCO** en la ciudad de Popayán.

Durante el tiempo que ha estado con nosotros, ha demostrado ser una empleada responsable, puntual y comprometida con sus labores, mostrando una excelente actitud de servicio.

Esta constancia se expide a petición del interesado para los fines que estime convenientes.

Atentamente,

Ary M. Sánchez R.
**ARY MEDARDO SANCHEZ ROSERO**
**C.C N.° 10.306.118 de Popayán**
**Representante Legal**

*Al Servicio de la Comunidad*

**Dirección: Calle 66N # 9 – 6S LOCAL 4 Barrio Bello Horizonte Teléfono: 3225029321**
**Correo electrónico:** asopadrestambopae2025@gmail.com
**Popayán - Cauca**

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.822

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| FOCASUDEL RIVERA MARILU | FEMENINO | 57 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS | CC (Tipo) | 34557860 (Número) |

Cargo

**SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 15 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | DIETA BALANCEADA |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
O979U1A69822

**Aspirante o Trabajador**

Marilu Focasudel

**Firma:**

**Nombre:** FOCASUDEL RIVERA MARILU

**CC:** 34557860

ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS
RESTAURANTES ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE EL TAMBO
NIT: 800.160.520-6
*" 31 años al servicio de la comunidad"*

Popayán, 28 de mayo de 2025

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente, se hace constar que la Sra. **MARILU FOCASUDEL RIVERA**, con cedula de ciudadanía número **34.557.860**, laboro para la **ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DE LOS RESTAURANTES ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE EL TAMBO**, desde el 27 de enero de 2025 hasta el 03 de abril del 2025, desempeñando el cargo de **MANIPULADORA DE ALIMENTOS** en la **I.E. CARLOS MARIO SIMMONDS – SEDE GUILLERMO LEON VALENCIA RIO BLANCO** en la ciudad de Popayán.

Durante el tiempo que ha estado con nosotros, ha demostrado ser una empleada responsable, puntual y comprometida con sus labores, mostrando una excelente actitud de servicio.

Esta constancia se expide a petición del interesado para los fines que estime convenientes.

Atentamente,

Ary M. Sánchez R.
**ARY MEDARDO SANCHEZ ROSERO**
**C.C N.° 10.306.118 de Popayán**
**Representante Legal**

*Al Servicio de la Comunidad*

**Dirección: Calle 66N # 9 – 6S LOCAL 4 Barrio Bello Horizonte Teléfono: 3225029321**
**Correo electrónico:** asopadrestambopae2025@gmail.com
**Popayán - Cauca**

REHABILITAR

rehabilitar.com.co/vacunacion

REHABILITAR

# CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Rehabilitar IPS

Nombres: Marilu

Apellidos: Foca Sudel Rivera

Documento de Identidad: CC [X] TI [ ] PAS [ ] No. 34 557860

Fecha de Nacimiento: Día 16 Mes 05 Año 1968

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | Yeidenerdi Jiménez Velasco C.C. 1.061.789.55; Auxiliar en Enfermería REGISTRO No 19.06373 |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 8-7-25 | 2334 | |
| | 2 | 4-02-26 | 22 | |
| | 3 | 4-08-26 | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 8-7-25 | U | Yeidenerdi Jiménez Velasco C.C. 1.061.789.55; Auxiliar en Enfermería REGISTRO No 19.06373 |
| | 2 | 4-02-26 | U345 | |
| | 3 | 4-8-26 | | |
| | R | | | |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | | Única | | | |
| Influenza | ANUAL | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Neumococo 23 | | 1 | | | |
| Meningococo | | 1 | | | |
| Prevenar 13 | | | | | |
| Varicela | | | | | |
| Hexavalente | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Harry Iu

Apellidos: Forero Rivera

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 3 4 5 5 7 8 6 0

Fecha de nacimiento: Día 1 6 Mes 0 3 Año 1 9 6 8

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 12-05-21 | U3032540 | Jum (Colic) |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Marilu

Apellidos: Focasudel Rivera

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: ☐

No. 34557860

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 05 Año 1968

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 04/06 2021 | PFIZER | FQ 5843 | IPS Nueva Popayan | Yasmín Andrea Pizo Pisso Auxiliar en Enfermería Res.19-0976 -17/08/2018 | |
| | 2 | 25-06 2021 | PFIZER | EY 0586 | IPS Nueva Popayan | Jineth Paola Oimé Anacona Aux. de Enfermería C.c 1'061.697.703 Reg. 5174 | |
| | | 30/11 2021 | Pfizer | FF88 49 | IPS NUEVA POPAYAN | Jineth Paola Oimé Anacona Aux. de Enfermería C.c 1'061.697.703 Reg. 5174 | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| *BOLAÑOS* | *ROJAS* | *MARISOL* |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: CC [X] C.E [ ] PAS [ ] No. 25277680

*SEXO*: F [X] M [ ]

*NACIONALIDAD*: COL. [ ] EXTRANJERO [ ] *PAÍS*: COLOMBIA

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE [ ] SEGUNDA CLASE [ ] NÚMERO _____ D.M _____

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 0 4 MES 1 0 AÑO 1 9 7 7

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYAN

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

*CALLE 10 # 21 - 119*

PAÍS Colombia DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYAN

TELÉFONO 31335089125 EMAIL .

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 1 2 AÑO 2 0 1 0 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No.SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN* | | *No. DE TARJETA 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* |
|---|---|---|---|
| *SOLSEAA SAS* | | *X* | *COLOMBIA* |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| *CAUCA* | *POPAYÁN* | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| *3225219641* | DÍA 01 MES 03 AÑO 2026 | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| *AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES* | | *CALLE 8 A N #10N – 44 SANTA CLARA* |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| *LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS* | | *X* | *COLOMBIA* |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| *CAUCA* | *POPAYÁN* | *limpiamosmultiservicios@gmail.com* |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| *3178346462* | DÍA 01 MES 11 AÑO 2023 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| *AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES* | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

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

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

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

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

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | *2* | *24* |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* *POPAYÁN 23 MAYO 2026*

*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

25.277.680
SOLAÑO ROJAS

MARIBEL





04-OCT-1977
POPAYAN
CAUCA
1.50 O+ F
15-NOV-1995 POPAYAN



Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 12:06:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 25277680 |
| Código de Verificación | 25277680260907120653 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302584766

PIB
16:44:34


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARISOL BOLAÑOS ROJAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25277680:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:21:25 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **25277680**
Apellidos y Nombres: **BOLAÑOS ROJAS MARISOL**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# Colegio Bachillerato Nocturno
# "José María Cordoba"

## Acta Individual de Grado

En la ciudad de Popayán, (Cauca) a los
Dieciocho días del mes de Diciembre del año 2.010,
se reunieron en la Rectoría, con el fin de formalizar
la graduación de los Estudiantes del grado Once, Ciclo seis
los suscritos Rector y el Secretario General del Colegio.

"José María Cordoba"

Dane No. 319001045515

Institución Aprobada en el nivel de Educación Media Vocacional por la Secretaría
de Educación, Cultura y Deporte del Municipio de Popayán, Cauca,
para otorgar el Título de:

## Bachiller Académico

Según Resolución No. 086 de 1.968 del Ministerio de Educación Nacional
y Resolución Número 920 del 21 de Julio del 2.004.
Secretaría de Cultura y Deporte del Municipio de Popayán
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron
y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a
otorgar el Título de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento

## Marisol Bolaños Rojas

Identificado(a) con el T.I. N° 25.277.680 de Popayán
Es fiel copia tomada del Acta Original N° 29 de fecha 18 de diciembre de 2.010
Firmada y sellada por el Rector Jerson Dario Paz Gómez
y Oscar Toro Ordoñez, Secretario General
Dada en Popayán, (C) a los 18 días del mes de Diciembre de 2.010
Diploma N _____ Folio N _____

Firmada y Sellada

Jerson Dario Paz Gómez
C.C. 10.531.836 de Popayán
Rector

Oscar Toro Ordoñez
C.C. 10.520.144 de Popayán
Secretario General

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre el Colegio

# Bachillerato Nocturno
# "José María Cordoba"

Popayán, Cauca

Aprobado según Resolución N° 086 del 22 de Enero de 1968,
Ministerio de Educación Nacional y Resolución N° 920 del 21 de Julio de 2.004,
Secretaria de Educación Cultura y Deporte del Municipio de Popayán

Confiere a :

## Marisol Bolaños Rojas

Identificado(a) con el DI N°25.277.680 de Popayán

El título de

## Bachiller Académico

Por haber cumplido con los requisitos planes y programas académicos
Correspondientes al nivel de educación Media
De conformidad con el proyecto Educativo Institucional (P.E.I)

BACHILLERATO NOCTURNO JOSE MARIA CORDOBA POPAYÁN

Jerson Darío Paz Gómez
C.C. 10. 531.836 de Popayán
Rector

Oscar Toro Ordoñez
C.C. 10.520.144 de Popayán
Secretario General

Anotado en el Control Interno del plantel en el
Libro N°.....Folio N° ..... Diploma N°.....
Dado en Popayán, Cauca a los 18 días del mes de Diciembre de 2.010

Powered by CamScanner

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 02 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Marisol Bolaños Rojas

C.C.: 25 277680

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales #309-2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Yamisol Bolaños Rosas
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.746

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 25 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| BOLAÑOS ROJAS MARISOL | FEMENINO | 48 AÑOS 4 MESES 22 DÍAS | CC (Tipo) | 25277680 (Número) |

Cargo

**AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**




**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
S979Y1E69746

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** BOLAÑOS ROJAS MARISOL

**CC:** 25277680

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la señora **MARISOL BOLAÑOS ROJAS** identificada con cedula de ciudadania No. 25.277.680 de popayan- cauca, laboro en nuestra empresa desde el 1 de noviembre del 2023 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

**Gerente General**



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sinopharm | 1 | [illegible] 2021 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Marisol

Apellidos: Bolaños Rojas

Documento de identidad: CC NUI PA CD SC PE PPT DE

Número de documento: 25277680

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 10 Año 1977

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

*Consérvelo*

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

***POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO***

Ministerio de la Protección Social

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Mary Sol.

Apellidos: Bolaños

Documento de Identidad: CC TI Pasaporte No. 25277680.

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

**Certificado de vacunación**

Nombres: Marisol

Apellidos: Bolaños Rojas

Documento de identidad: CC TI Pasaporte PEP otro cuál

No. 25277680

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 10 Año 1977

Powered by CamScanner

# Certificado de Vacunación

Institución: Comfacauca IPS

Nombre: Marisol Bolaños Rojas

Identificación: 25277680 Tel:

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hep B | 1 | 20-10-23 | 0243000GC | |
| Hep B | 2 | 25-9-24 | 0243000GC | |
| Hep B | 3 | 25-03-25 | | |

| Biologico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampion - Rubeola | Unica | | | |
| Fiebre Amarilla | Unica | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biologico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | 29104124NSOS24001HSJU Sanofi Tetra | |
| | Anual | | 15-01-25 K11A | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | Ref. | | | |
| | Ref. | | | |
| Otras | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | 29-06-12 | 0242900HC | Diego S |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| Otras | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cedula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID 19 | 1 | 29-JUL-21 | MODERNA | 039D21A | | | |
| | 2 | 13 OCT 21 | Moderna | 939919 | Promoción y Prevención | Gaby Paola Uarten V. AUX. ENFERMERIA | |
| | | | | | | | |

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES Martha Inés Arcos cuaji |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C OC.E O PASO No. 34555299 | SEXO F<br>FOMO | NACIONALIDAD PAIS colombia<br>COL. O EXTRANJERO |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE NÚMERO D.M | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 20 MES 07 Año 1969<br>PAIS colombia<br>DEPTO cauca<br>MUNICIPIO popayan | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>calle 2 a # 32 - 37 barrio Junín<br>PAIS colombla DEPTO cauca<br>MUNICIPIO popayan<br>TELÉFONO 3113429542 EMAIL arcosmartha435@gmail.com | |

## 2 FORMACIÓN ACADÉ

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO(LOS GRADOS DE 10.A 6o.DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 60.A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | TITULO OBTENIDO: |
|---|---|---|---|---|
| | PRIMARIA | SECUNDARIA | MEDIA | FECHA DE GRADO 6 de agosto de 1986 |

10. 20. 30.40.50. 6x0.70. 80. 9o. 10 11x MES AÑO 1986

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 (MAESTRIA O MAGISTER), DOC(DOCTORADO O PHD),RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

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

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

| IDIOMA | LO HABLA R | B | MB | LO LEE R | B | MB | LO ESCRIBE 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 Limpiamos | PÚBLICA | PRIVADA | PAIS colombia |
| DEPARTAMENTO cauca | MUNICIPIO Popayán | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD. limpiamos multiservicios@gmail.com | |
| TELÉFONOS 3173846462 | FECHA DE INGRESO<br>DIA 01 MES 07 1AÑO 2022 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 15 MES 07 AÑO 2024 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL auxiliar servicio generales | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN carrera 26 # 9 a - 09 barrio santa elena puerto Tejada | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD Prolimnar | PUBLICA | PRIVADA | PAIS colombia |
| DEPARTAMENTO cauca | MUNICIPIO Popayán | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD prolimnardelsurpopayan@gmail.com | |
| TELÉFONOS. 3183698088 | FECHA DE INGRESO<br>DIA 16 MES 07 AÑO 2024 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 28 MES 02 AÑO. 2026 | |
| CARGO O CONTRATO auxiliar de servicio generales | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN calle 5B # 2 - 36 barrio cartagena | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAIS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO<br>DIA MES AÑO 1 | FECHA DE RETIRO<br>DIA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO<br>DIA MES AÑO | FECHA DE RETIRO<br>DIA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | |

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

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE ANOS Y MESES.

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 5 | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO OME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOM-PATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL,PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTA-CIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Martha arcos cuaji 24 de mayo de 2026

*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 34.555.299
ARCOS CUAJI

APELLIDOS
MARTA INES

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1969
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

30-NOV-1987 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1100100-00389129-F-0034555299-20120719 0030596196A 1 7741941014

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 12:07:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 34555299 |
| Código de Verificación | 34555299260907120750 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302584593

PIB
16:43:28


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARTA INES ARCOS CUAJI identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34555299:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:22:19 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34555299**
Apellidos y Nombres: **ARCOS CUAJI MARTA INES**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

La Institución Educativa

"César Negret Velasco"

Popayán - Cauca

# Acta Individual de Grado

En la Ciudad de Popayán - Cauca, a los 26 días del mes de Diciembre del año 1986, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa " **César Negret Velasco**", Institución aprobada hasta el Grado Once de Enseñanza Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca, para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No. 2126 del 31 de Octubre de 1986.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Martha Ines Arcos Coaji

C.C. No. 34.555.299 de Popayan

Es fiel copia del Acta Original General No. 003 de Fecha 06 de Diciembre del año 1986, que consta de 66 alumnos, que comienza con el nombre **Alvaran Benachi Sandra Mile** y se cierra con el nombre de **Velasco Ortega Diana Marcela.**

Firmada y sellada por **Lidia Esperanza Perdomo E.** (Rectora) y **Diolima Sánchez Sandoval** ( Secretaria).

Dada en Popayán - Cauca, a los 06 días del mes de Diciembre del año 1986.

Lidia Esperanza Perdomo E.
Rectora

Diolima Sánchez Sandoval
Secretaria

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

# LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CESAR NEGRET VELASCO"

POPAYÁN CAUCA

APROBADA POR EL DECRETO N° 139 DEL 6 DE AGOSTO DE 1986
DE SECRETARIA DE EDUCCIÓN CULTURA Y DEPORTES
MUNICIPIO DE POPAYÁN

CONFIERE A

## MARTHA INES ARCOS COAJI

CC. 34.555.299 DE POPAYAN

EL TITULO DE

## BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA PROGRAMADA BACHILLERATO POR CICLOS EDUCACIÓN PARA ADULTOS, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

DADO EN POPAYÁN, A LOS 06 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 1986
ANOTADO AL FOLIO N° 13 LIBRO DE REGISTRO 01

Lidya E. Perdomo

LIDYA ESPERANZA PERDOMO E.
C.C. 31.291.770 DE CALI
RECTORA

Diolima Sanchez Sandoval

DIOLIMA SANCHEZ SANDOVAL
C.C. 66.861.573 DE CALI
SECRETARIA

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Arcos Cuaji Maita Ines.

C.C.: 34 555 299.

CARGO O No DE CONTRATO: Servicios Generales #109 del 2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

**OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades.

| | VERIFICACION Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | SI | NO |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes. - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765

Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.888

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 26 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| ARCOS CUAJI MARTA INES | FEMENINO | 63 AÑOS 7 MESES 8 DÍAS | CC (Tipo) | 34555299 (Número) |

Cargo: **SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

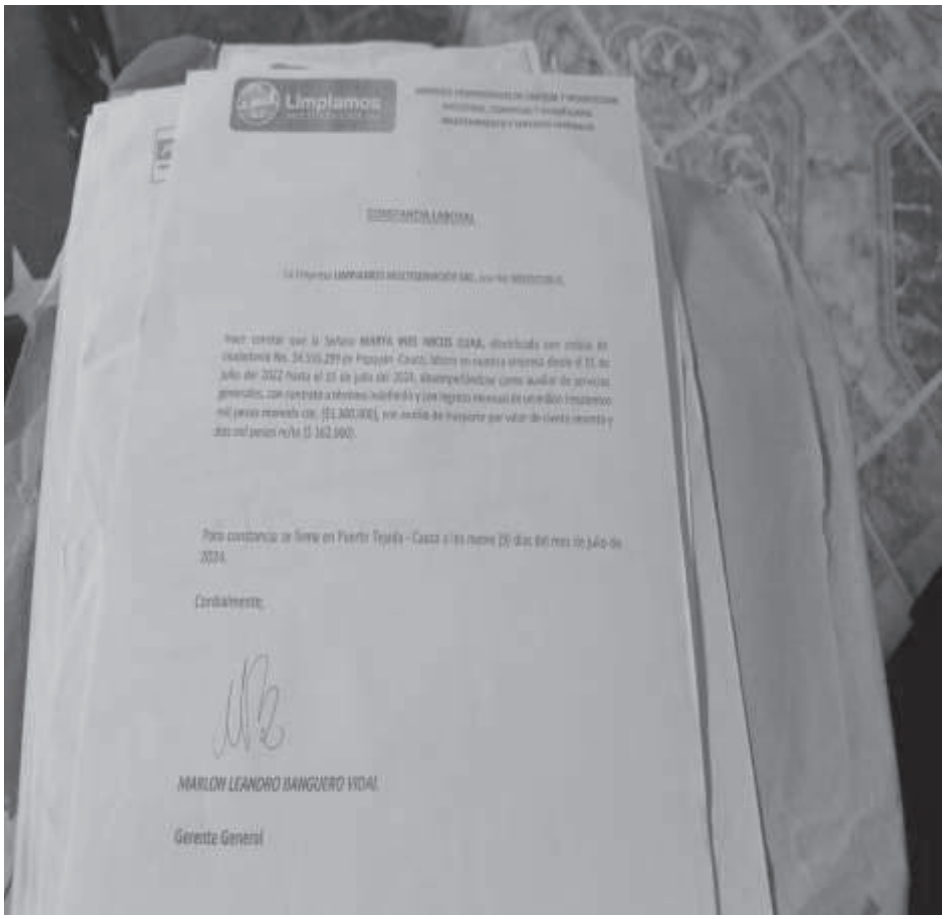
**Código de Seguridad**
O979U1A69888

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** ARCOS CUAJI MARTA INES

**CC:** 34555299



Limpiamos

CONSTANCIA LABORAL

La Empresa LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS, con Nit 900201280-8,

Hace constar que la Señora MARYA INES MICOS OJAN, identificada con cédula de ciudadanía No. 34.555.299 de Paraguas Cauca, labora en nuestra empresa desde el 01 de julio del 2022 hasta el 23 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos mcneda cte. ($1.300.000), con auxilio de transporte por valor de ciento veinte y dos mil pesos m/le ($ 162.000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL

Gerente General

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | 25/4/23 | 235327 | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# Certificado de Vacunación

Institución: Comfacauca IPS

Nombre: Maria Ines Arcos Coicue

Identificación: 34555299 Tel: _____

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | | |
|---|---|---|---|---|
| HB | 1ra | 19-10-22 | 220500 | |
| Tdpa | 1ra | 19-10-22 | 220300 | |
| | | 19-11-22 | | |

Cortesía de Sanofi Pasteur

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Marta Inés.

Apellidos: Arcos Cuaji

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 34555299

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 07 Año 1969

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SPCO.SAPAS.18.07.0081

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres: Marta Ines

Apellidos: Arcos Cuaji

Documento de identidad: C.C. ~~T.I.~~ Pasaporte PEP otro cuál:

No. 34.555.299

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 07 Año 1969

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Marta Ines

Apellidos: Arcos Cuaji

Documento de identidad: C.C. ~~C.E.~~ P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 34555299

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 07 Año 1969

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 24 JULIO 2021 | SINOVAC | 202106062 | ESE SUR OCCIDENTE | [illegible] | 1061732060 |
| | 2 | 25-08-21 | SINOVAC | 202106062 | ESE Popayan | [illegible] | 1002961589 |
| | | | | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 12/05/25 | W50525005 | Juan Bibs |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

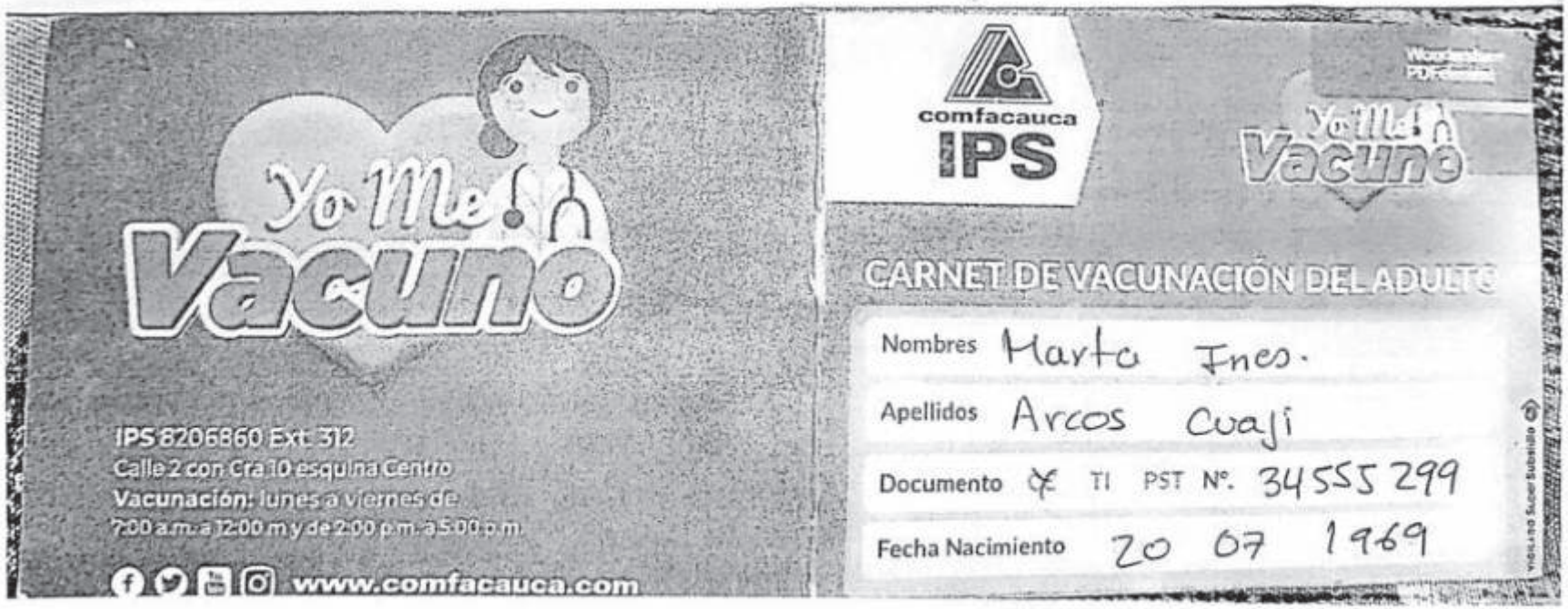
Nombres: Martha Ines

Apellidos: Arcos Cuaji

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. PPT D.E.

Número de documento: 34555299

Fecha de nacimiento: Dia 20 Mes 07 Año 1969




Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote. | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampion - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 19-10-22 | 220800621 | [illegible] |
| | 2 | 11-09-23 | 23211037C | [illegible] |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|---|
| VPH | | 1 | | | |
| | | 2 | | | |
| Influenza estacional | | Anual | | | |
| | | Anual | | | |
| Covid 19 | | 1ª | | | |
| | | 2ª | | | |
| | | 1er Ref. | | | |
| | | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 2 | 19-D-22 | 220570422 | Rosa |
| | 3 | 26-04-24 | 2208602239 | Gladys |
| | 5 | [illegible] | | |
| | R | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | 26-04-24 | 6343Q006C | Gladys |
| | 2 | 22.04.25 | 220501124B | Gaby |
| | 3 | 28.10.25 | 0345L0021 | Daniela |
| | R | 1 año | | |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|---|
| Fiebre amarilla | | Única | | | |
| Influenza | ANUAL | unica | 26.04-24 | HOG | Gladys |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Neumococo 23 | | 1 | | | |
| Meningococo | | 1 | | | |
| Prevenar 13 | | | | | |
| Varicela | | | | | |
| OTRAS | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| ASTUDILLO | AIDANA | MARTHA LILIANA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1075280117 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 10 MES 02 AÑO 1994

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: HUILA

MUNICIPIO: NEIVA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CLL 69 AN #6-71

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CAUCA

MUNICIPIO: POPAYAN

TELÉFONO: 3135723380 EMAIL: marth101994@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 2011 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TL | 4 | X | | TECNOLOGO CONTROL AMBIENT | 08 | 2018 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SOLSEAA S.AS | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | rh@solseaas.as.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3225219641 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2026 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX SERVICIOS GENERALES | HSIU | LA LADERA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| PROLIMNAR DEL SUR S.AS | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | ghprolimnar@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3183698088 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 | DÍA 28 MES 02 AÑO 2026 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX SERVICIOS GENERALES | HSIU | LA LADERA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| LIMPIAMOS MULTISERVICIOS S.AS | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CAUCA | POPAYAN | limpiamosmultiservicios@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3173846462 | DÍA 26 MES 01 AÑO 2024 | DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX SERVICIOS GENERALES | HSIU | LA LADERA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

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

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

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

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

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 2 años | 6 meses |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 2 años | 6 meses |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Popayan 23-05-26

Martha Liliana Astudillo

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

*Ciudad y fecha*

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



Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## MARTHA LILIANA ASTUDILLO ALDANA

*Con Cedula de Ciudadanía No. 1075280117*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

**Título de**

## TECNÓLOGO EN

## CONTROL AMBIENTAL

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Popayán, al primer(1) día del mes de agosto de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por
ABSALON CHARO TOMBE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

**ABSALON CHARO TOMBE**
**SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO**
**REGIONAL CAUCA**

**23982965 - 01/08/2018**
**No y FECHA REGISTRO**

**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 911300011453CC1075280117C**

Powered by CamScanner

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la señora **MARTHA LILIANA ASTUDILLO** identificada con cedula de ciudadanía No. 1075280117 de Neiva- Huila, laboro en nuestra empresa desde el 26 de enero del 2024 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

**Gerente General**



Powered by CamScanner

| Prolimnar<br>IMPECABLE SERÁ EL RESULTADO | CERTIFICACIÓN LABORAL | CÓDIGO: | SIG-RH-F-12 |
|---|---|---|---|
| | | FECHA DE APROBACIÓN: | 20/05/2025 |
| | | VERSIÓN: | 2 |
| | | PÁGINA: | 1 de 1 |

**LA EMPRESA PROLIMNAR DEL SUR S.A.S**

**NIT. 901.107.773 – 4**

**HACE CONSTAR QUE:**

La señora **MARTHA LILIANA ASTUDILLO ALDANA** identificada con Cedula de Ciudadanía No. **1075280117** de Neiva (H), laboro como:

| CARGO | FECHA INICIAL | FECHA FINAL | TIPO DE CONTRATO |
|---|---|---|---|
| Auxiliar de Servicios Generales | 15/07/2024 | 28/02/2026 | Obra o labor contratada |

Último salario básico devengado UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE ($1.750.905).

Para constancia se expide a solicitud del interesado, a los 06 días del mes de Marzo de 2026.

L. Lorena Hidalgo Riascos
Directora de gestión humana
Prolimnar Del Sur S.A.S

Prolimnar
IMPECABLE SERA EL RESULTADO
Nit: 901.107.773-4
Director de Gestión Humana

Proyectó: Lorena Hidalgo R. Cargo directora de gestión humana
Para efecto de verificación de autenticidad, comunicarse: 318 369 8088
E-MAIL: ghprolimnar@gmail.com Celular; 6027337861

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.280.117

ASTUDILLO ALDANA

APELLIDOS

MARTHA LILIANA

NOMBRES

Martha Liliana Astudillo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1994

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

29-MAY-2012 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1900100-00390412-F-1075280117-20120731 0030663352A 1 37803651

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 12:08:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1075280117 |
| Código de Verificación | 1075280117260907120858 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302504587

PIB
15:40:41


Bogotá DC, 07 de septiembre 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) MARTHA LILIANA ASTUDILLO ALDANA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1075280117:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:23:14 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1075280117**
Apellidos y Nombres: **ASTUDILLO ALDANA MARTHA LILIANA**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

La Republica de Colombia
y en su nombre

La Institución Educativa Municipal Mercedario
Pasto - Nariño

Creada Mediante Decreto N° 0347 del 26 de agosto de 2003

Confiere a:

# Martha Liliana Astudillo Aldana

Identificada con T.I N° 94021028430 de Pasto

El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber Cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

Rodrigo Dávila Figueroa
Rector

Sandra Delgado Yepez
Secretaria

Anotado al Folio N° 28 del libro de Registro N° 28

Dado en San Juan de Pasto, a 03 de diciembre de 2011

# Institución Educativa Municipal Mercedario

## Acta de Grado

Inscripciones S.E 101033101 DANE 152001002842

En la Ciudad de San Juan de Pasto a los 3 días del mes de diciembre del año 2011 se reunieron los suscritos Rector y Secretaria, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de ultimo grado, de la INSTITUCION EDUCATIVA MUNICIPAL MERCEDARIO, Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y Autorizada por el Gobierno Municipal, Mediante Decreto N° 0347 del 26 de Agosto de 2003.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar EL TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y numero de identificación se relacionan a continuación :

Nombre : Martha Liliana Astudillo Aldana

T.I N°: 94021028430

Es fiel copia tomada del acta original general N° 26 de fecha 3 de diciembre de 2011, que consta de sesenta y nueve (69 ) estudiantes que comienza con el nombre de ANGELA TATIANA ALVAREZ PAGUAY y cierra con el nombre de JENIFER CAROLINA ZAMBRANO JURADO. Firmado y sellado por RODRIGO DAVILA FIGUEROA (Rector ) y SANDRA DELGADO YEPEZ (Secretaria ).

Dado en San Juan de Pasto , a los tres (3 ) días del mes de diciembre de 2011.

Firmada y Sellada

Rodrigo Dávila Figueroa
Rector
C.C N° 12.958.128 de Pasto (N )

Sandra Delgado Yepez
Secretaria
C.C N° 27.081.633 de Pasto (N )

DIPLOMA N° 05

Powered by CamScanner

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Martha Liliana Astudillo Aldana.

C.C.: 1075280117.

CARGO O No DE CONTRATO: Servicios Generales #109 del 2026

DEPENDENCIA : _____

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | X | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

cc 1075280117
Martha Liliana Astudillo
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.645

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| VIGILANTES AL SERVICIO DE USTED LTDA | VIALSERUST LTDA. |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| ASTUDILLO ALDANA MARTHA LILIANA | FEMENINO | 32 AÑOS 0 MESES 14 DÍAS | CC (Tipo) | 1075280117 (Número) |

Cargo

**AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | HACER DEPORTE |
| | OTROS : ATOCUIDADO | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

TRABAJADORA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, QUE SE DA RECOMENDACIONES DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES COMO ALIMENTACION BALANCEADA Y ACTIVIDAD FISICA DE MANERA REGULAR.

ES APTA PARA DESEMPEÑAR EL CARGO AL QUE ASPIRA SIN NINGUNA RESTRICCION

SE DA RECOMENDACIONES OCUPACIONALES COMO USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS EN CADA JORNADA LABORAL.

EN LA EMPRESA ASISTIR A LAS CAPACITACIONES, REPORTAR DE INMEDIATO A LA ARL EN CASO DE PRESENTARSE ACCIDENTE LABORAL, CONTINUAR EN SU EPS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE ACUERDO A LA EDAD Y AL GENERO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**Código de Seguridad**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:** Martha Liliana A

**Nombre:** ASTUDILLO ALDANA MARTHA LILIANA

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la señora **MARTHA LILIANA ASTUDILLO** identificada con cedula de ciudadanía No. 1075280117 de Neiva- Huila, laboro en nuestra empresa desde el 26 de enero del 2024 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

**Gerente General**



Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubeola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | 26 06 21 | 2338L004T | NUEVO LEON |
| | 4 | 24-9-24 | 220800223A | Gaby |
| | 5 | 24 9 2025 | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | 29-A-2A | [illegible] | [illegible] |
| | 2 | [illegible] | [illegible] | Gaby |
| | 3 | 22/03/25 | [illegible] | [illegible] |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 29/04/24 | W505240011 | HSN Hauadi Tolaco |
| Otras | Ref HepB | N201720 | 2026 | |
| | | 12-05/25 | W505250051 | Juan (Carlo) |
| | | | | |

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Fiebre Amarilla | Unica | | | |
| Toxoide Tetánico | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | 02-02-26 | 220[illegible] | LABORATORIO VEJARANO VACUNACIÓN VIP |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Influenza | Anual | | | |

| Biológico | | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|
| Otras | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| Velasco | Medina | Mary |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (x) C.E ( ) PAS ( ) No. 25.284.362

*SEXO*: F (X) M ( )

*NACIONALIDAD*: COL. (x) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 0,7 MES 1,0 AÑO 1,9,6,5

PAÍS Colombia

DEPTO Cauca

MUNICIPIO Popayán

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Calle 4E # 58- 08 Lomas de Granada

PAÍS Colombia DEPTO Cauca

MUNICIPIO Popayán

TELÉFONO 350 589 48 23 EMAIL mavike.222@gmail.com

## 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 Académico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | X 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X 11 | MES 1,2 AÑO 2,0,0,6 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

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*<br>SOLSEAA S.A.S | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>x | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Cauca | *MUNICIPIO*<br>Popayán | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>www.solseaasas.co | |
| *TELÉFONOS*<br>322 5219641 | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>Servicios Generales | *DEPENDENCIA*<br>Hospital Susana López | | *DIRECCIÓN*<br>Carrera 26 # 9A | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>PROLIMNAR | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>x | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Cauca | *MUNICIPIO*<br>Popayán | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>ghprolimnar@gmail.com | |
| *TELÉFONOS*<br>3183698088 | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA 12 MES 10 AÑO 2024 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO*<br>Servicios Generales | *DEPENDENCIA*<br>Lavandería | | *DIRECCIÓN* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>LIMPIAMOS MULTISERVICIOS | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Cauca | *MUNICIPIO*<br>Puerto Tejada | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS*<br>317 384 64 62 | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA 01 MES 06 AÑO 2020 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA 15 MES 07 AÑO 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO*<br>Servicios Generales | *DEPENDENCIA*<br>Lavandería | | *DIRECCIÓN* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SOLO POR SERVICIOS | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Cauca | *MUNICIPIO*<br>Popayán | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS*<br>3009109188 | *FECHA DE INGRESO*<br>DÍA 01 MES 01 AÑO 2019 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DÍA 31 MES 05 AÑO 2020 | |
| *CARGO O CONTRATO*<br>Servicios Generales | *DEPENDENCIA*<br>Lavandería | | *DIRECCIÓN*<br>Carrera 2 # 4-45 | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

_____ _____

*Ciudad y fecha* *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*







Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 12:11:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 25284362 |
| Código de Verificación | 25284362260907121115 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302584394

PIB
16:42:20


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MARY VELASCO MEDINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 25284362:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:24:13 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **25284362**
Apellidos y Nombres: **VELASCO MEDINA MARY**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

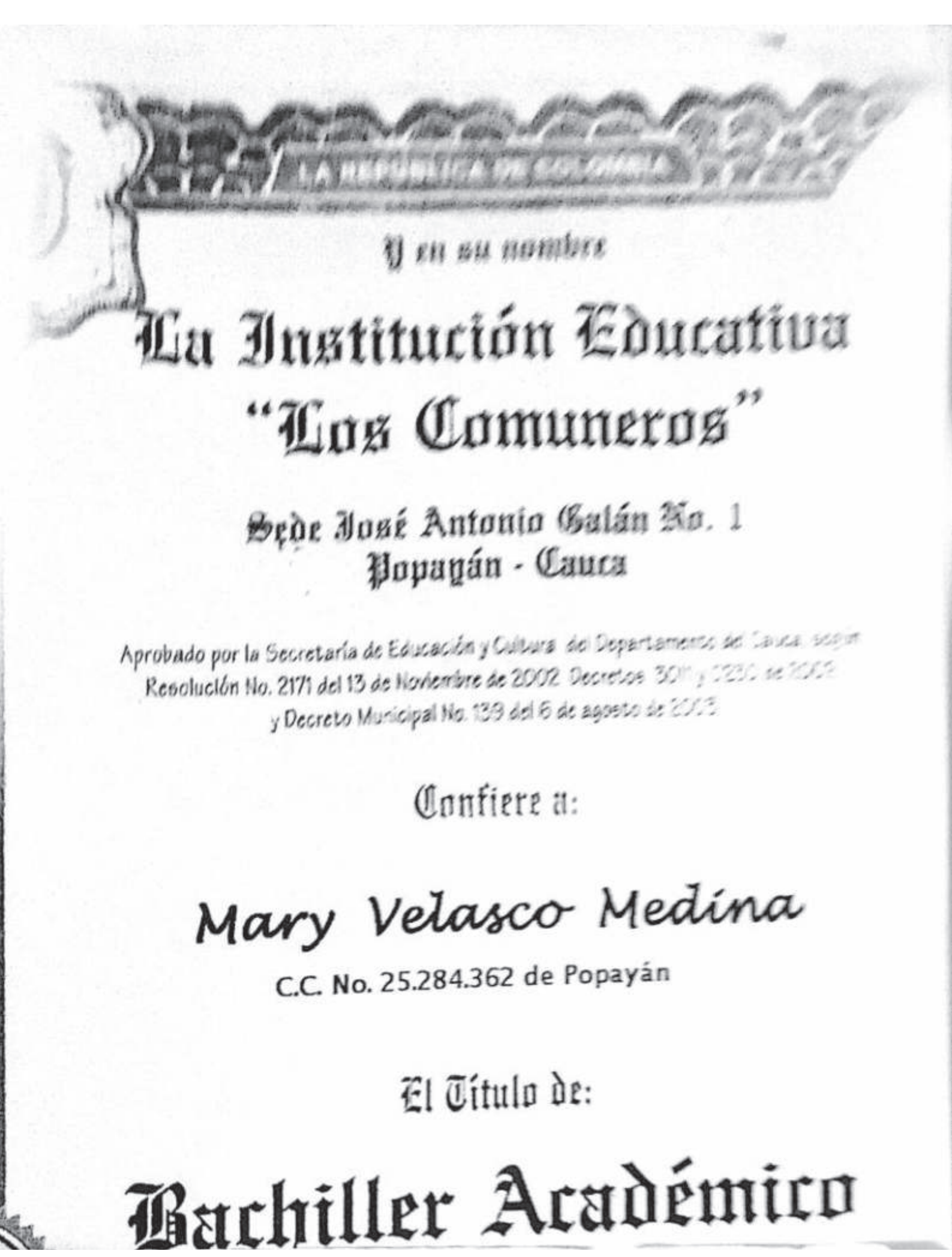
Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.



Y en su nombre

# La Institución Educativa "Los Comuneros"

## Sede José Antonio Galán No. 1
## Popayán - Cauca

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca según Resolución No. 2171 del 13 de Noviembre de 2002 Decretos 3011 y 3230 de 2002 y Decreto Municipal No. 139 del 6 de agosto de 2003

Confiere a:

## Mary Velasco Medina

C.C. No. 25.284.362 de Popayán

El Título de:

# Bachiller Académico

Powered by CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

# La Institución Educativa "Los Comuneros"

Sede José Antonio Galán No. 1
Popayán - Cauca

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Cauca, según Resolución No. 2171 del 13 de Noviembre de 2002 Decretos 3011 y 0230 de 2002 y Decreto Municipal No. 139 del 6 de agosto de 2003

Confiere a:

**Mary Velasco Medina**

C.C. No. 25.284.362 de Popayán

El Título de:

# Bachiller Académico

## Con énfasis en Desarrollo Comunitario

Por haber cursado y Aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los Planes y Programas vigentes contemplados en el Proyecto Educativo Institucional P.E.I.

Waller

Rector

Elvira R. M.

Secretaria

Dado en Popayán a los 09 dias del mes de Diciembre de 2006

Powered by CamScanner

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Mary Velasco Medina

C.C.: 25284362

CARGO O No DE CONTRATO: Auxiliar de Servicios Generales HSEQ-2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Mary Udasco Medina
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | X | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos específicos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Mariana Patiño Muñoz
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe Inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.899

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 26 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| VELASCO MEDINA MARY | FEMENINO | 60 AÑOS 4 MESES 20 DÍAS | CC (Tipo) | 25284362 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIONISTA | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 20 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | OTROS : AUTOCUIDADO | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
Z979F1L69899

**Aspirante o Trabajador**

Mary Velasco

**Firma:**

**Nombre:** VELASCO MEDINA MARY

**CC:** 25284362

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa **LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS**, con Nit 900592590-8,

Hace constar que la señora **MARY VELASCO MEDINA**, identificada con cedula de ciudadanía No. 25.284.362 de Popayán -cauca, laboro en nuestra empresa desde el 01 de junio del 2020 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñándose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millón trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

***MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL***

**Gerente General**



Powered by CamScanner

# Certificado de Vacunación

Institución: [illegible] VACUNACIÓN

Nombre: Mary Velasco Medina

Identificación: 25.284.362 Tel:

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| HB | 2 | 6-12-23 | 03435 | 003C Gaby |
| HB | 3 | 24-9-24 | 03439 | 006C Gaby |
| HB | RF | 1-02-25 | 20240 | 18D Daniela |

Colegio de Sanofi Vacunas

SPCO.SAPAS.18.07.0081

MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

**Certificado de vacunación**

Nombres: Mary

Apellidos: Velasco Medina

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál

No. 25.284.362

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 10 Año 1965

| Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 08.03.21 | Pfizer I | EW1195 | H.S.L.V | julia vl. | 1063806513 |
| 2 | 29.03.21 | Pfizer I | ER1742 | H.S.L.V | Julia vl | 1063806513 |
| | 26 nov 21 | Pfizer | FF 8849 | BIOS IPS Medical Center NIT. 901174104-2 VACUNACION | Coral | 34323638 |

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

*Persona Natural*

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| ORTIZ | ZUÑIGA | MAUDALY |

| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* | *SEXO* | *NACIONALIDAD* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| C.C. X C.E. PAS No. 34321287 | F X M | COL. X EXTRANJERO | |

| *LIBRETA MILITAR* | | |
|---|---|---|
| PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE | NÚMERO | D. M. |

| *FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO* | *DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA* | |
|---|---|---|
| FECHA DÍA 24 MES 02 AÑO 83 | VEREDA FIGUEROA | |
| PAÍS COLOMBIA | PAÍS COLOMBIA | DEPT CAUCA |
| DEPTO CAUCA | MUNICIPIO POPAYÀN | |
| MUNICIPIO MERCADERES | TELÉFONO 3104169173 | EMAIL MAUDALY24@GMAIL.COM |

## 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 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | | | | | |
| 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º | MES | 1 | 0 | AÑO | 2 | 0 | 1 | 4 |
| | | | | | | | | | | X | | | | | | | | |

| ***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)*** | |
|---|---|
| DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: | |

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO* | | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN* | | | | | | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | *SI* | *NO* | | *MES* | | *AÑO* | | | | |
| TC | | X | | MANEJO DE RESIDUOS | 0 | 7 | 2 | 0 | 2 | 2 | |
| TC | | X | | HIGIENIZACÒN | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 6 | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

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. | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

*Persona Natural*

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

## 4. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| SERVIDOR PÚBLICO | 15 | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 9 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 24 | |

## 5. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

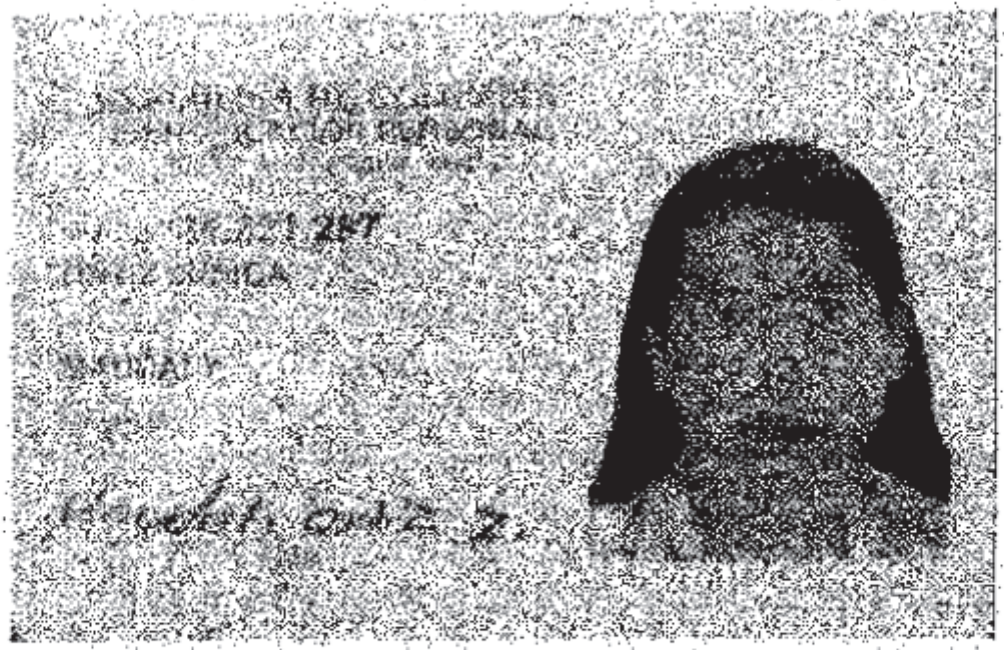
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

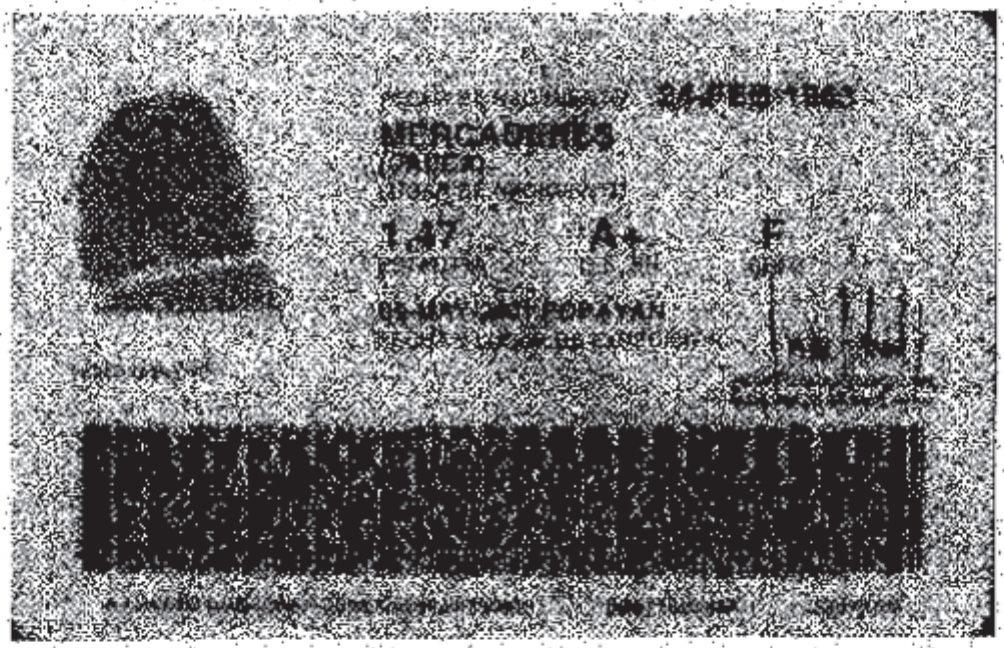
*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 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*

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




MERCADERES
A+
F

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2026, a las 12:12:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 34321287 |
| Código de Verificación | 34321287260907121254 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302583371

PIB
16:36:20


Bogotá DC, 08 de septiembre 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) MAUDALY ORTIZ ZUÑIGA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 34321287:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:24:51 AM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **34321287**
Apellidos y Nombres: **ORTIZ ZUÑIGA MAUDALY**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMERCIAL DEL NORTE

## Acta de Grado Individual

En la ciudad de Popayán, a los 25 días del mes de Octubre del año 2014, se reunieron el suscrito Rector de la Institución Educativa COMERCIAL DEL NORTE, aprobado por la Secretaría de Educación Municipal mediante resolución No. 2031 del 23 de Octubre de 2.002 - Fusión Mediante Decreto 139 del 6 de Agosto de 2 003, y el Director de la Fundación Bachillerato Académico Ciclico - FUNBAC, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes que concluyeron el Ciclo VI mediante el Modelo Educativo Flexible Sistema de Aprendizaje Tutorial - SAT y otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, acogiéndose a la modalidad semipresencial de acuerdo al Decreto Nacional No. 3011 de 1997 y al Contrato No. 20141800004467 suscrito entre el Municipio de Popayán y la Fundación Bachillerato Académico Ciclico - FUNBAC.

Comprobada la situación Académico de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, (Grupo 5613 Sede 31 de Marzo - Jornada Nocturna) según el Modelo Educativo Flexible Sistema de Aprendizaje Tutorial - SAT, se procedió a otorgar el Título de

# Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación

## MAUDALY ORTIZ ZUÑIGA

*C.C. No. 34.321.287 de Popayán, Cauca*

Es fiel copia del Libro de Actas Generales, Acta No. 001-2014 de fecha 25 de Octubre de 2014; que consta de 376 estudiantes que comienza con el nombre de NEYI SOCORRO ACHINTE GARZON y finaliza con el nombre de YEISON FERNANDO ZUÑIGA RUIZ.

Firmado por Edgar Gregorio Meneses M. (Rector - Institución Educativa Comercial Del Norte) y Luis Felipe Cortázar Díaz (Director - FUNBAC)

EDGAR GREGORIO MENESES M.
C.C. No. 10.527.738 de Popayán
Rector
I. E. Comercial del Norte

Mg. LUIS FELIPE CORTÁZAR DÍAZ
C.C. No. 76.324.301 de Popayán
Director
FUNBAC

La República de Colombia
y en su nombre

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA COMERCIAL DEL NORTE

POPAYÁN - CAUCA

*Aprobada por la Secretaría de Educación Municipal mediante resolución No. 2031 del 23 de Octubre de 2002 - Fusión Mediante Decreto 139 del 6 de Agosto de 2003*

*Confiere A:*

**MAUDALY ORTIZ ZUÑIGA**

*C.C. No. 34.321.287 de Popayán, Cauca*

*El Título de:*

**BACHILLER ACADÉMICO**

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica (**Ciclo VI**) con el Modelo Educativo Flexible Sistema de Aprendizaje Tutorial – SAT, según los planes y programas vigentes.*

*Contrato No. 20141800004467 suscrito entre el Municipio de Popayán y la Fundación Bachillerato Académico Ciclico – FUNBAC*

*Popayán, 25 de Octubre de 2014.*

**EDGAR GREGORIO MENESES M.**
C.C. No. 10.527.738 de Popayán
Rector
I. E. Comercial del Norte

**Mg. LUIS FELIPE CORTAZAR DIAZ**
C.C. No. 76.324.301 de Popayán
Director
FUNBAC

*Anotado en el control interno del plantel*
*Folio 001-2014 Libro de Registro 01*

# LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

INDUCCIÓN [X] REINDUCCIÓN [ ] FECHA: 01 / 03 / 2026

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:
Maudaly Ortiz Zuñiga

C.C.: 34321287

CARGO O No DE CONTRATO: Servicios Generales #109-2026

DEPENDENCIA: Operativo

Señale con una X el estado en que se encuentra el tema respecto al nuevo trabajador.

| **OBJETIVO:** Definir las actividades y criterios necesarios para facilitar y fortalecer la integración del nuevo empleado o contratista a la cultura del servicio público, apropiando la filosofía institucional de la Corporación enmarcada en el reconocimiento e interiorización de la historia, misión, visión, políticas, procesos, organización y estructura de la Corporación y los lineamientos necesarios para el desempeño de sus funciones o actividades. | **VERIFICACION** Existe claridad en la información suministrada | |
|---|---|---|
| | **SI** | **NO** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ENTIDAD** | | |
| Información general de la empresa | X | |
| **Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG** | X | |
| **Dimensión 1: Talento Humano** | X | |
| Política: Gestión Estratégica del Talento Humano | X | |
| Política: Integridad – Código de Integridad – Valores del servicio público | X | |
| Guía de Conflicto de Interés | X | |
| Socialización Resolución: Trabajo en casa, Teletrabajo y Horarios Flexibles | X | |
| Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo | X | |
| Política de Gestión Integral HSEQ | X | |
| Copasst | X | |
| Manual de Convivencia Laboral | X | |
| Anticorrupción y Transparencia | X | |
| Probidad y ética de lo público | X | |
| **Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación** | X | |
| Política de Planeación Institucional - PAI | X | |
| Conceptos relevantes, - Reseña Histórica, Misión, Visión y Objetivos Estratégicos | X | |
| **Dimensión 3: Gestión con valores para resultados** | X | |
| Política Fortalecimiento organizacional y de procesos | X | |
| Estructura Organizacional, Modelo de Operación por Procesos. - Plan Institucional de Gestión Ambiental | X | |
| Política de Gobierno Digital | X | |
| Política de Seguridad Digital | X | |
| Política de participación ciudadana en la gestión pública | X | |
| Política de Servicio al Ciudadano | X | |
| Política de Racionalización de trámites | X | |
| **Dimensión 4: Evaluación de resultados** | X | |
| Política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | X | |
| Indicadores | X | |
| **Dimensión 5: Información y comunicación** | X | |
| Política de Transparencia y acceso a la información pública | X | |
| Política de Administración de Archivos y Gestión Documental | X | |
| | X | |

## LISTA DE CHEQUEO – INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN DE PERSONAL

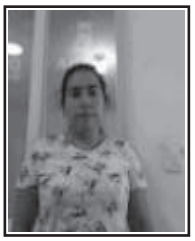
| | | |
|---|---|---|
| **Dimensión 6: Gestión del conocimiento y la innovación** | X | |
| Política de Gestión del conocimiento y la innovación | X | |
| **Dimensión 7: Control Interno** | X | |
| Política de Control Interno | X | |
| Otros temas: | | |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL CARGO A DESEMPEÑAR** | | |
| Descripción de las funciones del cargo u obligaciones del contrato | X | |
| Entrega de los documentos y procedimientos especificos del cargo | X | |
| Información sobre elementos y equipos que se utilizan para el trabajo | X | |
| Aclaración de inquietudes respecto a la información sobre el cargo | X | |
| Condiciones y forma de pago | X | |
| Solicitud de permisos y documentos adicionales | X | |

Maydale Ortiz.
Firma del trabajador

Firma del responsable de la inducción

1061730765
Firma del responsable de la inducción
(Jefe inmediato o supervisor)

ACTIVA IPSO S.A.S
NIT: 901.485.534-0
Dir: Cra 7 #19n-48 Barrio Ciudad Jardín
Cel: 313 796 3800
Popayan, Cauca



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 69.714

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 24 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| SOLUCIONES DE SERVICIOS ANGULO AYALA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA | SOLSEAA SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| ORTIZ ZUÑIGA MAUDALY | FEMENINO | 43 AÑOS 0 MESES 0 DÍAS | CC (Tipo) | 34321287 (Número) |

Cargo: **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS | CONTROL DE PESO : DISMINUIR 15 KG |
| | CAPACITACIÓN : SGSST | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | OTROS : AUTOCUIDAO | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

- CUMPLE PARA EL CARGO -

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Pedro Fernando Ordoñez
MEDICO ESP. SG-SST
RES. 09550-08-18

**Firma:**

**Nombre:** CC: 87248344 - PEDRO FERNANDO ORDOÑEZ

**R. M.:** 87248344 **L.S.O.:** 09550-2018

**Código de Seguridad**
T979Z1F69714

**Aspirante o Trabajador**

Maudaly ortiz

**Firma:**

**Nombre:** ORTIZ ZUÑIGA MAUDALY

**CC:** 34321287

# CONSTANCIA LABORAL

La Empresa LIMPIAMOS MULTISERVICIOS SAS, con Nit 900932330-0,

Hace constar que la señora MIGUBALY ORTIZ ZUÑIGA identificada con cedula de ciudadanía No. 34.321.287 de Popayán - cauca, labora en nuestra empresa desde el 01 de junio del 2020 hasta el 15 de julio del 2024, desempeñandose como auxiliar de servicios generales, con contrato a término indefinido y con ingreso mensual de un millon trescientos mil pesos moneda cte. ($1.300.000), con auxilio de trasporte por valor de ciento sesenta y dos mil pesos m/te ($ 162,000).

Para constancia se firma en Puerto Tejada - Cauca a los nueve (9) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

*MARLON LEANDRO BANGUERO VIDAL*

Gerente General

# Certificado de Vacunación

Institución: Comfacauca

Nombre: Ricardo Ortiz Zuñiga

Identificación: 34321287 Tel: _____

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| HB | 3 | 26-09-24 | 0343A006 | Gaby |
| | | | | |
| | | | | |

Cortesía de Sanofi Vacunas

Powered by CamScanner




Powered by CamScanner

HEPATITIS B

| Dosis | Fecha de Aplicación | Lote No. | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | 05-3-18 | [illegible] | |
| 2 | 03-4-18 | [illegible] | |
| 3 | 19-09-18 | [illegible] | |

INFLUENZA

| Dosis | Fecha de Aplicación | Lote No. | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |

VARICELA

| Dosis | Fecha de Aplicación | Lote No. | Firma |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |

Biotoscana

Powered by CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

# Certificado de vacunación

Nombres: Maudaly

Apellidos: Ortiz Zuñiga

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: ☐

No. 34.321287

Fecha de nacimiento: Día 24 Mes 02 Año 1983

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 06 04 21 | PFIZER | EW3344 | H.S.L.V | Juan Carlos Guerrero | 1069A420 |
| | 23 DIC 2021 | Pfizer | | FJ1966 | KLAV | Ana Milena Campo C. 34.598.391 | |
| | | | | | | | |

Powered by CamScanner

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

# Certificado de Vacunación del Adulto

| | | |
|---|---|---|
| Nombres: | Maudaly. | |
| Apellidos: | Ortiz. Zuñiga. | |
| Documento de identidad: | C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ | No. 34321287. |
| Fecha de Nacimiento: | Día 24 Mes 02. Año 1983 | |

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | 5.03.18 | D2300 | Lorena J. |
| | 4 | 24.02.20 | 2208003190 | [illegible] |
| | 5 | 25.02.2021 | 2408009200A | [illegible] |
| Contra Hepatitis B | R 1 | 25.02.2021 | UFA19007 | [illegible] |
| | 2 | [illegible] | 3031 | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

# Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maudaly

Apellidos: Ortiz Zuñiga

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 34132128 7

Fecha de nacimiento: Día 24 Mes 02 Año 1983

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 29/04/24 | VSOS24001 | HSLV Mariali Tobar |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | | | |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Maudaly

Apellidos: Ortiz Zuñiga

Documento de identidad: C.C. X T.I. ___ Pasaporte ___ PEP ___ otro ___ cuál ___

No. 34.321287

Fecha de nacimiento: Día 24 Mes 02 Año 1983

Powered by CamScanner