

Olga Maritza Barón Baquero



Datos Personales

Cedula: 39693838 de Bogotá

Dirección: Calle 9ª # 3 este o1 manzana f c3 chía

Celular: 3114922542

Estado civil: viuda

Correo: olgamaritza.baron@ gmail.com

Jefe inmediato: Carlos parra

Teléfono: 3158942521

Funciones: ayudar a la preparación de los alimentos, en el platero

- **Empresa:** colegio nacional conaldi

Cargo: auxiliar de cocina

Tiempo laborado: 5 años

Jefe inmediato: Carlos parra

Teléfono: 3158942521

Funciones: a la preparación de los alimentos, en el platero

- **Empresa :** colegio nacional conaldi

Cargo: servicios generales

Tiempo laborado: 7 meses

Jefe inmediato: Mónica

Teléfono:

Funciones: aseo de salones, lavado de baños

Fundación santa Engracia

Cargo: Ecónoma

Tiempo laborado: año y 7 meses

Jefe inmediato: Ana Lili Días Rincón

Teléfono: 3214917444

Funciones: atención integral a la primera infancia

Perfil Laboral

- **Empresa:** asociación para la salud mental de la familia asmef
Cargo: auxiliar de cocina
Tiempo laborado: 11 meses
Jefe inmediato: Karen milena rey
Teléfono: 8855223 - 3228134034
Funciones: teníamos 2 horarios de 7 a 4 y de 10 a 7 prepararles el desayuno, medias nueves, almuerzo, onces, comida para cincuenta niños.
- **Empresa:** Coopoutsourcing
Cargo: servicios generales
Tiempo laboral:
Jefe inmediato: lady patricia sarmiento
Teléfono: 8842846
Funciones: barría oficinas, salones, patio y lavar baños.
- **Empresa:** restaurante Patagonia centro comercial bima Bogotá
Cargo: auxiliar de cocina
Tiempo laborado: 8 meses
Jefe inmediato: Martín Rodríguez
Teléfono: 3125098280
Funciones: ayudar a la preparación de los alimentos, en el platero
- **Empresa:** Aero andes guaymaral Bogotá
Cargo: auxiliar de cocina
Tiempo laborado: 1 año

Fundación santa Engracia

Cargo: Ecónoma

Tiempo laborado: año y 7 meses

Jefe inmediato: Ana Lili Días Rincón

Teléfono: 3214917444

Funciones: atención integral a la primera infancia

Formación académica

Estudios primarios: colegio José celestino mutis Bogotá
(Cundinamarca)

Estudios secundarios: colegio José Joaquín castro Martínez Bogotá
(Cundinamarca)

Estudios superiores: 4 semestres de preescolar centro de estudios
psicopedagógicos

Referencias personales

Nombre: Carlos parra

Ocupación: organización de eventos

Teléfono: 3158942521

Formación académica

Estudios primarios: colegio José celestino mutis Bogotá
(Cundinamarca)

Estudios secundarios: colegio José Joaquín castro Martínez Bogotá
(Cundinamarca)

Estudios superiores: 4 semestres de preescolar centro de estudios
psicopedagógicos

Referencias personales

Nombre: Carlos parra

Ocupación: organización de eventos

Teléfono: 3158942521

Olga Maritza Barón Baquero B.

Olga Maritza Barón Baquero

cc: 39693838 de Bogotá, Cundinamarca

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.693.838**

BARON BAQUERO

APELLIDOS

OLGA MARITZA

NOMBRES

Olga Maritza Baron B.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUN-1965**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O-

G.S. RH

F

SEXO

08-JUN-1984 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1505500-00222714-F-0039693838-20100309

0021544858A 1

5020301439



MEDILAB SERVICE SAS

Servicios medicos laborales

NIT. 901.277.852-6

Carrera 11 # 15 - 38

Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.846

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15	01	2024	CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
BARON BAQUERO OLGA MARITZA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	58 AÑOS 6 MESES 17 DÍAS	CC	39693838
Carga						Tipo	Número
MANIPULACION DE ALIMENTOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS							
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				K.O.H DE UÑAS			
FROTIS DE GARGANTA				COPROLOGICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
					ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: RODRIGUEZ JAIME DIANA PATRICIA				Nombre: BARON BAQUERO OLGA MARITZA			
R. M.: RM 52707728		L.S.O.: RESO. 8791		Código de Seguridad		CC: 39693838	
				W916C117846			



MARIA CIELO BEDOYA

Documento de identidad: 1.193.168.558

Fecha de nacimiento: 15/12/1986

Lugar nacimiento: barbacoa nariño

Teléfono móvil: 3138564979

Dirección: CARRERA 1B #16a35

Ciudad: Chía Cundinamarca

Estado civil: unión libre

PERFIL PERSONAL

Bachiller , manipuladora de alimentos con experiencia en comedores estudiantes, oficios varios y atención al cliente. con habilidades y destrezas para trabajar con adaptabilidad , análisis de problemas ,motivación ,creatividad y con actitud positiva para recibir instrucciones y trabajar en equipo.

FORMACIÓN ACADÉMICA

MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

CURSO

Fecha finalización :2023

BACHILLER ACADEMICO

Instituto :colegio bojaca

Estado: graduado

fecha de finalización :2013

EXPERIENCIA LABORAL

RESTAURANTE LA BRASA ROJA

AUXILIAR DE COCINA

FECHA :2021

FUNBIENCOI

**Manipuladora de alimentos : preparación de alimentos para comedor estudiantil ,
perecederos , desinfección de áreas .**

fecha : febrero 2023 a noviembre 2023

Jefe: Santiago

teléfono: 3212828035

contrato por obra o labor

REFERENCIAS

LAURENCIO CHAVEZ

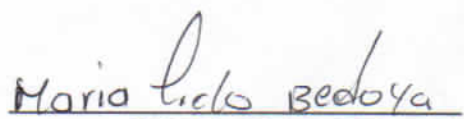
Profesión : Empleado

Celular : 3202769139

MARBELLA MOLINA

Profesión :secretaria

Celular : 3132248605


MARIA CIELO BEDOYA

Documento 1.193.168.558

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.193.168.558**
BEDOYA ESTACIO

APELLIDOS
MARIA CIELO

NOMBRES

Manuel Bidoia

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1986**
BARBACOAS
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 **B+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-MAR-2009 BARBACOAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AREL SANCHEZ TORRES



P-2301600-00166558-F-1193168558-20090805

0014517156A 1

27166472



MEDILAB SERVICE SAS

Servicios médicos laborales

NIT. 901.277.852-6

Carrera 11 # 15 - 38

Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 7.829

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
12 DÍA	01 MES	2024 AÑO	CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)		
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES			PARTICULARES		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
BEDOYA ESTACIO MARIA CIELO			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	37 AÑOS 0 MESES 27 DÍAS	CC 1193168558
				Tipo	Número
Cargo MANIPULADOR DE ALIMENTOS					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO					
Observaciones: NO APLICA					
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS					
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR			✓	K.O.H DE UÑAS	✓
FROTIS DE GARGANTA			✓	COPROLOGICO	✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
		OTROS : COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION COVID 19			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma: _____			Firma: MARIA Cielo Be		
Nombre: RODRIGUEZ JAIME DIANA PATRICIA			Nombre: BEDOYA ESTACIO MARIA CIELO		
R. M.: RM 52707728 L.S.O.: RESO. 8791			CC: 1193168558		
Código de Seguridad W916C1I7829					

MIRIAM BOLÍVAR DE CHINCHILLA



Documento de identidad: 23925508

Fecha de nacimiento: 02/12/1962

Lugar de nacimiento: pesca Boyacá

Estado civil: casada

Ciudad de residencias: cra b#16# 25 chía

Teléfono: 3133602811

PERFIL PROFESIONAL

Bachiller, manipuladora de alimentos con experiencia en comedores estudiantiles, ofi-
varios y atención al cliente. Con habilidades y destrezas para trabajar con adaptabili-
análisis de problemas, motivación, creatividad y con actitud positiva para recibir
instrucciones y trabajar en equipo.

FORMACION ACADEMICA

PRIMARIA

Título: primaria

Año finalizado: 1982

Instituto: escuela el ható Boyacá

BACHILLERATO

Título: Bachiller

Año finalizado :2013

Institución: fundecol Bucaramanga

CURSOS

72 horas de manipulación de alimentos

72 horas de atención al cliente en el Sena

EXPERIENCIA LOBORAL

UP BAPACOP

Cargo: Ecónoma

Tiempo laborado :2 AÑOS

Ciudad: Chía Cundinamarca

Jefe: Yuri

Celular :3158282354

FUNDACION BIENESTAR COLECTIVO

Manipuladora de alimentos: preparación de alimentos para comedor estudiantil, perecederos, desinfección de áreas.

fecha: 15 de junio hasta el 28 de noviembre 2023

Jefe: Santiago

teléfono: 3212828035

contrato por obra o labor

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre: Cecilia Gonzales

Cargo: secretaria

Tel:3138967403

Ciudad: chía

Nombre: Luz Karime Sánchez

Cargo: secretaria

Tel:3107724648

Ciudad: chía

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre: Rosmira Chinchilla

Cargo: hogar

Tel:3212574247

Ciudad: chía

MIRIAM BOLÍVAR DE CHINCHILLA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.925.508

BOLIVAR De CHINCHILLA

APELLIDOS
MYRIAM

NOMBRES

Myriam Bolivar Chinchilla

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1962

PESCA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

02-DIC-1981 PESCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1505500-00110522-F-0023925508-20081024

0004776189A 1

1810004644

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900409631-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 23925508-109800

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 18 ene. 2024 - CHIA
Paciente: MYRIAM BOLIVAR DE CHINCHILLA
Género: FEMENINO **Edad:** 61
Fecha Nacimiento: 2/12/1962
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: CRA 1 B N 16 A 25
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Identificación: 23925508
Teléfono: Móvil: 3113602820
Cargo: EMPLEADO (A)
EPS: NUEVA EPS - Nueve Promotores de Salud
ARL: NO REPORTA
AFP: NO REPORTA

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL REALIZAR PAUSAS ACTIVAS LABORALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO AL RIESGO, HABITOS DE VIDA SALUDABLES, ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, CONTINUAR CON TRATAMIENTO Y CONTROLES MÉDICOS INSTAURADOS POR EPS POR ENFERMEDAD COMÚN.

EDN DE UÑAS MANOS PROCESADO

COPROLOGICO PROCESADO

PROBIS FARINGEO PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO CON PATOLOGÍA DE ORIGEN COMÚN QUE NO INTERFIERE CON LA ACTIVIDAD LABORAL
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

CARDIOVASCULAR

PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION

En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que Si he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclinicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que Si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado Si autorizo a ACCIONAR SALUD IPS SAS para realizarme los exámenes clínicos y paraclinicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a ACCIONAR SALUD IPS SAS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.

Médico Especialista en Salud Laboral
ALINA MAYLIN ROMERO CUELLO
000767/2019 32780665



Firma y cédula del Paciente
MYRIAM BOLIVAR DE CHINCHILLA
23925508

Cra. 18 No. 18 - 40 (Barrio San Francisco) Chía - Cund. Tel: 8155989 304617777 E-Mail: asistente@accionarsalud.com.co

Impreso: 18/01/2024 - 2:01:44 p. m. - Página 1 de 1 - Certificado 23925508 - 109800

Impreso por Software SIMEDI - Salud Laboral - www.simedi.com.co

Hoja De Vida



PERFIL PERSONAL

PERSONA CAPACITADA EN AREA DE ALIMENTOS SU ALMACENAMIENTO, INVENTARIOS .CON PRINCIPIOS EN LA COLABORACIÓN, COMPAÑERISMO Y SERVICIALIDAD PARA CON LOS DEMAS.

DATOS PERSONALES

<i>Nombres</i>	<i>María Eugenia</i>
<i>Apellidos</i>	<i>Castro Rodríguez</i>
<i>Cédula de Ciudadanía</i>	<i>20.423.841 de Cajicá</i>
<i>Fecha de Nacimiento</i>	<i>27 de Octubre de 1970</i>
<i>Estado Civil</i>	<i>Soltera</i>
<i>Dirección de Residencia</i>	<i>Cra 7 # 31-23 Casa 8 manz Ñ Nuevo Milenio</i>
<i>Teléfono</i>	<i>3125366987 - 3213997037</i>
<i>Ciudad</i>	<i>Chía, Cundinamarca.</i>

ESTUDIOS REALIZADO

PRIMARIA

Concentración Escolar La Caro 1

SECUNDARIA

Colegio Antonio Nariño

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA:

Unión Temporal de bienestar colectivo

CARGO DESEMPEÑADO:

Manipuladora de alimentos

TIEMPO LABORADO:

08 Agosto 2023/ 25 noviembre 2023

JEFE :

Santiago Medina

TELEFONO:

3212828035

EMPRESA:

Jardín Infantil Crayola y Lápiz

CARGO DESEMPEÑADO:

Auxiliar

TIEMPO LABORADO:

03 julio 2018/ 10 marzo 2023

JEFE :

Carolina Charry

TELEFONO:

3132402000

EMPRESA:

Shop Express

CARGO DESEMPEÑADO:

Auxiliar de producción

TIEMPO LABORADO:

14 junio 2015/ 1 noviembre 2017

JEFE :

Lina María Milán Cozzio

TELEFONO:

3112300347

EMPRESA:

Fundación Campestre San Diego

CARGO DESEMPEÑADO:

Auxiliar de cocina

TIEMPO LABORADO:

10 Enero 2014 / 24 Noviembre 2014

JEFE :

Ana María Ortega

TELEFONO:

EMPRESA:

Aliter S.A.

CARGO DESEMPEÑADO:

Jefe de producción

TIEMPO LABORADO:

14 Febrero 1993/ 23 diciembre 2012

JEFE:

Harold Moreno

TELEFONO:

3143142411

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE:

CLAUDIA PATRICIA GARZON

PROFESIÓN:

TRANSPORTE – COLEGIO

TELEFONO:

3214590001

NOMBRE:

ELIECER ACEVEDO LEYTON

PROFESIÓN:

CONDUCTOR

TELEFONO:

3103195449

NOMBRE:

BERENICE CHUNZA

PROFESION:

HOGAR

TELEFONOS:

3112042926

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE:

HECTOR JAVIER SILVA

PROFESIÓN:

Asesor Ventas

TELEFONO:

3107636752

NOMBRE:

SANDRA CASTRO RODRIGUEZ

PROFESION:

Estilista

TELEFONO:

3144799688

MARIA EUGENIA CASTRO RODRIGUEZ

3125366987

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.423.841

CASTRO RODRIGUEZ

APELLIDOS

MARIA EUGENIA

NOMBRES

Maria Eugenia Castro Rodriguez.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1970

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

23-ENE-1989 CAJICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00014642-F-0020423841-20080618

0000525354A 1

1250000257

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA

MD. UNIVERSIDAD NACIONAL

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.



DR. CARLOS A CANTOR H

NIT: 2993727

LSO - 2969/19

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 20423841-48289

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	15 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MARIA EUGENIA CASTRO RODRIGUEZ	Identificación:	20423841
Género:	FEMENINO Edad: 53	Teléfono:	3125366987 Móvil: 3125366987
Fecha Nacimiento:	27/10/1970	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	CARRERA 7 31 23 CASA 8 MANZANA Ñ	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	PARTICULAR		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	SATISFACTORIO, CONTINUAR TRATAMIENTOS Y CONTROL DE TENSION ARTERIAL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS. REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDIANA,
COPROLOGICO	NEGATIVO
FROTIS DE GARGANTA	NORMAL
KOH DE UÑAS	NEGATIVO

CONCEPTO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
NUTRICIÓN	-	PPyP
CARDIOVASCULAR	-	PPyP
VASCULAR	-	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICIONISTA
MÉDICO GENERAL

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que Si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Si autorizo, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.-

CAH
Dr. Carlos Arturo Cantor Herrera
Especialista en Salud Ocupacional
U.M.B. 2969



Firma y cédula del Paciente

MARIA EUGENIA CASTRO RODRIGUEZ
20423841Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

AURA MARIA GOMEZ BURGOS

C.C. No. 35.474.407 de Chía



Dirección de Residencia:	Cra 14A # 7-57 Ibaro II
Ciudad:	Chía, Cund
Celular:	310 8872967
Correo Electrónico:	aumago2723@gmail.com
Estado Civil:	Casada

PERFIL PROFESIONAL

Me considero una persona responsable, creativa, con iniciativa y puntualidad, asumo con agrado los retos y metas; con buen manejo de relaciones interpersonales, calidad humana, facilidad para trabajar en equipo; así como para resolver problemas eficientemente.

EXPERIENCIA LABORAL Y LOGROS

FUNDACION SAN RAFAEL

Cargo	Servicio de Alimentos
Jefe Inmediato:	Angelica Barrera
Teléfono:	320 429 3177
Tiempo Laborado:	20 noviembre 2022 – 15 septiembre 2023

FUNDACION PURA VIDA

Cargo	Servicio de Alimentos
Jefe Inmediato:	Milton Ortiz
Teléfono:	314 357 1469
Tiempo Laborado:	21 octubre 2021 – 18 noviembre 2022

REFERENCIAS PERSONALES

MERCEDES TENJO

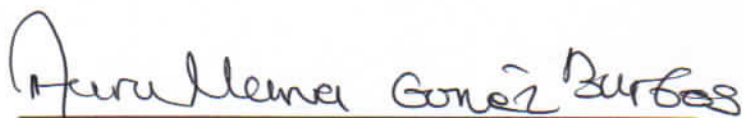
Ocupación: Servicios Generales
Teléfono: 313 825 8132

CATALINA PINZON

Ocupación: Servicios Generales
Teléfono: 322 353 5355

LUZ DUARTE

Ocupación: Servicios Generales
Teléfono: 310 310 1334



AURA MARIA GOMEZ BURGOS

C.C. No. 35.474.407 de Chía



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-NOV-1969

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

14-DIC-1987 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1505500-00148187-F-0035474407-20090128

0009718818A 1

1800009173



**Angélica
Montañez**

LABORATORIO
Clínico

RUT: 35.477.219

NOMBRE: AURA MARIA GOMEZ BURGOS	CONSECUTIVO: 105	MEDICO: EXTERNO
FECHA: SEPTIEMBRE 16 DE 2023	EDAD: 52 AÑOS	SEXO: FEMENINO
DOCUMENTO: 35474407	TELEFONO:	DIRECCION: CHIA

LABORATORIO CLINICO

MICROBIOLOGIA

FROTIS DE GARGANTA
FROTIS DE UÑAS KOH

FLORA MIXTA NORMAL DE GARGANTA
NEGATIVO PARA ESTUCTURAS MICOTICAS

COPROLOGICO:

COLOR: CAFÉ

ASPECTO PASTOSO

OLOR S.G.

FLORA BACTERIANA: NORMAL
NO SE OBSERVAN PARASITOS EN LA MUESTRA ANALIZADA

DRA. ANGÉLICA MONTAÑEZ
BACTERIOLOGA P.U.J.
RP. 496-97

CONCEPTO MEDICO

PACIENTE APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS, NO PRESENTA ALTERACIONES DE TIPO RESPIRATORIO O DE PIEL

Dr. LUIS MIGUEL GUTIERREZ
R.P. 25674

HOJA DE VIDA



Datos Personales

NOMBRE	Diana Carolina Gonzalez López
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.C. 1.072.69.029 107269029
FECHA DE NACIMIENTO	30 abril de 1987
LUGAR DE NACIMIENTO	Manizales (caldas)
ESTADO CIVIL	soltera
CIUDAD	Chía, Cundinamarca
DIRECCIÓN	carrera 11b # 3-66 santa lucia
TELÉFONO	3217547831
E-MAIL	cgonzalezlopez586@gmail.com

Perfil

Soy una persona idónea en todo el sentido de la palabra responsable, honesta, proactiva, con experiencia en atención Al cliente y manejo de personal, soy adaptable a los Diferentes tipos de labores encomendadas y enfoco mis labores Al trabajo en equipo.

Formación Académica

Estudios primarios: I.E. ARANJUEZ
1996

Estudios secundarios: fundación grupo san marino
2019

Experiencia Laboral

DAJU SANCHEZ

CARGO: ASEO Y VARIOS
JEFE INMEDIATO: MIGUEL SANCHES
TELEFONO: 3177734659
2 AÑOS

MG SEDE VAVANERA

CARGO: OPERARIA
JEFE INMEDIATO: YADIRA GIL MENDOZA
TELEFONO: 3214254695

UNION TEMPORAL BIENESTAR COLECTIVO
CARGO: ECONOMA
Jefe inmediato: SANTIAGO MEDINA
Teléfono: 3212828035

Referencias Familiares

MELVA COLOMBIA LOPEZ

OFICIOS VARIOS
3107942670

LAURA VALENTINA GONZALEZ LOPEZ

GUARDA DE
SEGURIDAD
3108504386

Referencias Personales

PEDRO SUTA
SEGURIDAD PRIVADA
31095670896

SILVINO VARELA
HERRERO PROFECIONAL
3108824992

Diana C Gonzalez L 1072649029

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.072.649.029

GONZALEZ LOPEZ

APELLIDOS

DIANA CAROLINA

NOMBRES

Diana C. Gonzalez Lopez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1987

MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

O-

G.S. RH

F

SEXO

21-SEP-2006 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1505500-00384922-F-1072649029-20120628

0030367128A 2

1801801179

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA

MD. UNIVERSIDAD NACIONAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.



DR. CARLOS A CANTOR H
NIT: 2993727
LSO - 2969/19

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1072649029-48471

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	23 ene. 2024 - CHÍA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	DIANA CAROLINA GONZALEZ LOPEZ	Identificación:	1072649029
Género:	FEMENINO Edad: 36	Teléfono:	3217547831 Móvil: 3217547831
Fecha Nacimiento:	30/04/1987	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	CARRERA 11 B 3 66	ARL:	SURA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	PARTICULAR		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	SATISFACTORIO
COPROLOGICO	NEGATIVO
FROTIS DE GARGANTA	NORMAL
KOH DE UÑAS	NEGATIVO

CONCEPTO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
NO		

Información de Remisiones

NO
CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Si autorizo, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.-'

CAH
Cantor Herrera
Cantor Herrera
Cantor Herrera



para control

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
DIANA CAROLINA GONZALEZ LOPEZ
1072649029

HOJA DE VIDA



INFORMACION PERSONAL

NOMBRE: TANIA LORENA HERNANDEZ PARRA

DOCUMENTO: 1007401837

FECHA DE NACIMIENTO: 04 DE AGOSTO DEL 2000

LUGAR DE NACIMIENTO: ZIPAQUIRA CUND.

DIRECCION: CLL 21ª #5-29

TELEFONO: 3194272890 – 3133739869 -3142495146

CORREO: tania28hernandez1217@gmail.com

PERFIL LABORAL

Persona con una gran capacidad de aprendizaje me apasionan los ambientes dinámicos, soy una persona con aspiraciones y deseos de superación teniendo actitud positiva para aprender y a su vez aportar todo mi conocimiento, que he venido adquiriendo durante mi proceso educativo y laboral.

INFORMACION ACADEMICA

Instituto el Rosario: Bachillerato académico

2018

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA: FUNBIECOL

CARGO: MANIPULACION DE ALIMENTOS

FECHA DE INGRESO: JULIO 5 2022

FECHA DE RETIRO: 25 NOVIEMBRE 2023

TELEFONO: 3212828035

AUXILIAR DE POLICIA

FECHA DE INGRESO: 22 FEBRERO 2021

FECHA DE RETIRO: 22 FEBRERO 2022

EMPRESA: SHAREM SPORT

CARGO: ASESOR COMERCIAL

FECHA DE INGRESO: 15 NOVIEMBRE 2018

FECHA DE RETIRO: 20 ABRIL 2019

TELEFONO: 3026050243

EMPRESA: PELUQUERIA SANDRA BETANCUR

CARGO: ESTILISTA AUXILIAR

FECHA DE INGRESO: 26 DE SEPTIMBRE 2016

FECHA DE RETIRO: 18 OCTUBRE 2017

TELEFONO: 3144278405

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.007.401.837
HERNANDEZ PARRA

APELLIDOS
TANIA LORENA

NOMBRES
TANIA HERNANDEZ

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-2000
ZIQAUIRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-NOV-2018 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1505500-01077862-F-1007401837-20190628 0065678392A 1 9908710909

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL



MEDILAB SERVICE SAS

Servicios medicos laborales

NIT. 901.277.852-6

Carrera 11 # 15 - 38

Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 7.825

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12 DÍA	01 MES	2024 AÑO	CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
HERNANDEZ PARRA TANIA LORENA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	23 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS	CC	1007401837
						Tipo	Número
Cargo MANIPULADORA ALIMENTOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS							
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				K.O.H DE UÑAS			
FROTIS DE GARGANTA				COPROLOGICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO	
						ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: RODRIGUEZ JAIME DIANA PATRICIA				Nombre: HERNANDEZ PARRA TANIA LORENA			
R. M.: RM 52707728		L.S.O.: RESQ. 8791		Código de Seguridad		CC: 1007401837	
F916L1R7825							



7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE **minerva** 10-00

1

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
--------	--------------------	---------------------------	--------------

(*) Respuesta opcional Art. 111
decreto 2150 de 1995.

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido Herrera	Segundo apellido Jamaica	Nombres Maria Cristina	
Profesión, ocupación u oficio Manipuladora de Alimentos		Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$
Lugar de nacimiento Chia cund.		(*) Fecha de nacimiento D 13 M 04 A 1964	(*) Estado civil Soltera
Dirección domicilio Karrera 9 N° 21-106		Barrio Chilucos	Teléfono 312 30 27 010
Cédula de ciudadanía: N° 20 472 403 de Chia		(**) Libreta militar N°	
Expedida en:		Distrito N°	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Licencia de conducción	¿Vivienda propia? Si ☐ No ☒	Nombre del arrendador Rosa Canasto	Teléfono
¿Está trabajando actualmente? Si ☐ No ☒		¿En qué empresa? Empleado ☐ Independiente ☐	
		Tipo de contrato	



II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento Simon Bolivar	Ciudad Fontibon	Último grado cursado 5ª primaria	Fecha
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad		Tipo de formación Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐	
¿Qué estudios realiza actualmente?				Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos 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 union Temporal colectiva	Dirección	Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato Santiago	Cargo(s) desempeñado(s) por usted Manipulador de Alimentos		
Funciones realizadas			
Fecha de ingreso 15 Junio 2023	Fecha de retiro 28 de Noviembre	Sueldo inicial \$	Sueldo final o actual \$
Motivo del retiro Terminacio de contrato			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)			
Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted		
Funciones realizadas			
Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial \$	Sueldo final \$
Motivo del retiro			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)			

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA	☐	Textiles y Confecciones	☐	Metalurgia	☐	COMERCIO	☐	SALUD	☐
GANADERÍA / AVICULTURA	☐	Cuero y Calzado	☐	Maquinaria	☐	HOTELES Y RESTAURANTES	☐	EDUCACIÓN	☐
MINERÍA	☐	Papel y Cartón	☐	Automotores	☐	TRANSPORTE	☐	SEGUROS	☐
PETRÓLEO / GASOLINA	☐	Editorial y Artes Gráficas	☐	Muebles	☐	BODEGAJE	☐	VIGILANCIA	☐
INDUSTRIA	☐	Químico y Farmacéutico	☐	Reciclaje	☐	COMUNICACIONES	☐	OTRO	☐
Alimentos y Bebidas	☐	Caucho y Plástico	☐	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA	☐	FINCA RAÍZ	☐		☐
Tabaco	☐	Vidrio, Cerámica y Cemento	☐	CONSTRUCCIÓN	☐	INFORMÁTICO	☐		☐

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante ☐		Parentesco		Edades	
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio			

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

1.-	Nombre <u>ANA Mercedes Moreno</u>	Ocupación	Dirección	Teléfono <u>3133693985</u>
2.-	Nombre <u>Erika Costanza Garcia</u>	Ocupación <u>Docente</u>	Dirección	Teléfono <u>311 4470911</u>

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio ☐	Amigo ☐	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?
	Agencia ☐	Otro ☐	Si ☐ No ☐
Nombre de la persona que lo recomienda		División o departamento	
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos			

Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir 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. 62 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Maria Cristina Herrero J.
C.C. 20472403

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Conclusiones			
		Fecha	
Candidato seleccionado definitivamente	Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo \$
Candidato elegible próximamente	Si ☐ 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 **20.472.403**
HERRERA JAMAICA

APELLIDOS
MARIA CRISTINA

NOMBRES

Maria Cristina Herrera J.

FIRMA



REPUBLICA DE
COLOMBIA

REPUBLICA DE



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-ABR-1964**

CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

09-JUL-1982 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1505500-00058443-F-0020472403-20080824

0002561721A 1

1800000999

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA

MD. UNIVERSIDAD NACIONAL

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.



DR. CARLOS A CANTOR H

NIT: 2993727

LSO - 2969/19

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 20472403-48357

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	17 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MARIA CRISTINA HERRERA JAMAICA	Identificación:	20472403
Género:	FEMENINO Edad: 59	Teléfono:	312302706 Móvil: 312302706
Fecha Nacimiento:	13/04/1964	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	CARRERA 9 21 106	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	AFP:	COLFONDOS
Empresa:	PARTICULAR		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	SATISFACTORIO, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICIÓN EN EPS.
COPROLOGICO	NEGATIVO
FRÓTIS DE GARGANTA	NORMAL
KOH DE UÑAS	NEGATIVO

CONCEPTO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
NUTRICIÓN		PPyP

Información de Remisiones

NUTRICIONISTA

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Dr. Carlos Arturo Cantor Herrera
Especialista en Salud Ocupacional U.M.B.
L.S.O. 2969



Maria Cristina Herrera

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
MARIA CRISTINA HERRERA JAMAICA
20472403

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRE: MARIA TERESA

APELLIDOS: LOPEZ LOPEZ

FECHA DE NACIMIENTO: 10 de agosto de 1974

LUGAR DE NACIMIENTO: Bogotá D.C

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52.328.787 de Bogotá

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Chía vereda Fagua Sector MG

TELÉFONO: 3229240251

CORREO: mariateresalopezlopez450@gmail.com

PERFIL LABORAL

Soy una personas responsable, honesta, dinámica, decidida, colaboradora, organizada, cordial, comprometida y con amplia experiencia.

Buen desempeño en trabajo individual y en equipo, excelentes relaciones interpersonales, persistentes y orientadas a tener excelentes resultados.

FORMACION EDUCATIVA

PRIMARIA

Escuela Distrital Florida Blanca (Bogotá)

Bachiller

Bachiller académico

Colegio parroquial STA Catalina de Siena (Bogotá)

REFERENCIAS LABORALES

JUAN MANUEL GUIO

Cargo: Nutricionista

Celular: 3003537006

GERMAN AUDY PUENTES ROMERO

Cargo: Ingeniero Industrial

Celular: 3005675502

ALEXANDER NUÑEZ

Cargo: Gerente

Celular: 3124768088

REFERENCIAS PERSONALES

JOAQUIN GARCIA

Cargo: Supervisor

Celular: 3118526514

ANA GARCIA

Cargo: Auxiliar Administrativa

Celular: 3143044850

DIANA ROSERO

Cargo: Auxiliar de cocina

Celular: 3194986464

EXPERIENCIA LABORAL

NUTRIARTE S.A.S

Cargo: Auxiliar de cocina

Jefe inmediato: Cesar Ortega

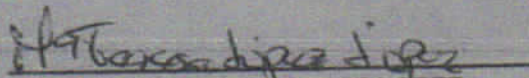
Celular: 3015767989

RAMER S.A.S

Cargo: jefe de Cocina

Jefe inmediato: Alexander Núñez

Celular: 3124768088


MARIA TERESA LOPEZ LOPEZ
C.C 52.328.787

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 52.328.787
LOPEZ LOPEZ

APELLIDOS
MARIA TERESA

NOMBRES

Maria Teresa Lopez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

10-AGO-1974

BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

B+

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

F

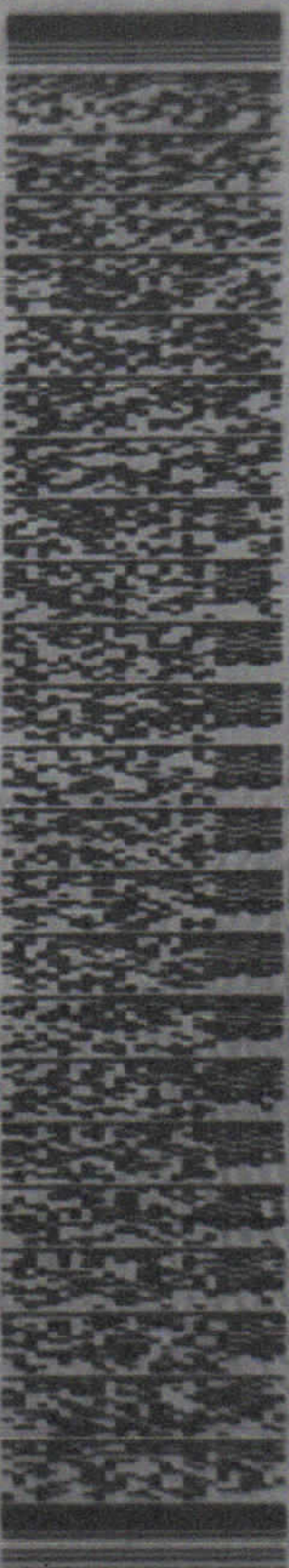
27-OCT-1992 BOGOTÁ D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Roberto José Parra

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1505500-00452080-F-0052328787-20130723

0034067626A 1

1802249401



Montañez

LABORATORIO
Clínico

RUT: 35.477.219

NOMBRE: MARIA TERESA LOPEZ	CONSECUTIVO: 153	MEDICO: EXTERNO
FECHA: FEBRERO 18 DE 2023	EDAD: 48 AÑOS	SEXO: FEMENINO
DOCUMENTO: 52328787	TELEFONO:	DIRECCION: CHIA

LABORATORIO CLINICO

MICROBIOLOGIA

FROTIS DE GARGANTA
FROTIS DE UÑAS KOH

FLORA MIXTA NORMAL DE GARGANTA
NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS MICOTICAS

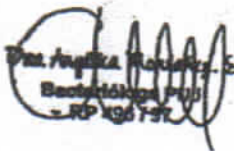
COPROLOGICO

COLOR: CAFÉ

ASPECTO PASTOSO

OLOR S.G.

FLORA BACTERIANA: NORMAL
NO SE OBSERVAN PARASITOS EN LA MUESTRA ANALIZADA


Dra. Angélica Montañez
Bacterióloga P.U.B.
R.P. 196797

CONCEPTO MEDICO

PACIENTE APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS, NO PRESENTA ALTERACIONES DE TIPO RESPIRATORIO O DE PIEL

**Medicina
General**

Dr. LUIS MIGUEL GUTIERREZ
R.P. 25874

CHIA- CUNDINAMARCA, CARRERA 10#13-46 PISO 2 TELEFONO 8638776CEL 3124803430



MARY LUZ LOPEZ GONZALEZ
JEFE DE COCINA

Chía / Cerca de Piedra
Móvil: 312 557 5869
E-mail: lmaryluzs69@gmail.com

PERFIL LABORAL

Básica Secundaria, con tres años de experiencia en servicio de preparación de alimentos según minuta patrón, ciclos de menús, manejo de gramajes, preparación del sitio en general. Limpieza y aseo en zonas comunes, pisos, baños, cocina.

EXPERIENCIA LABORAL

ALIMENTOS PARA APRENDER/ FUNDACION BIENESTAR COLECTIVO

Cargo: ECÓNOMA / JEFE DE COCINA (manipulación de alimentos)

Fecha de inicio: Febrero 17 de 2023

Fecha de retiro: Noviembre 28 de 2023

Teléfono: 350 512 28 40 / 315 8 23 54

Funciones:

Preparación de alimentos según instrucción del nutricionista, manejo de la minuta patrón y gramaje según la cantidad de porciones. Empaque y entrega de alimentos en colegios; aseo general en las instalaciones.

ALIMENTOS PARA APRENDER/ FUNDACION BIENESTAR COLECTIVO

Cargo: ECÓNOMA / JEFE DE COCINA (manipulación de alimentos)

Fecha de inicio: Abril 15 de 2022

Fecha de retiro: Septiembre 08 de 2022

Teléfono: 350 512 28 40 / 315 828 23 54

Funciones:

Empaque y entrega de alimentos en colegios; aseo general en las instalaciones.

BAPACOOOP CHIA

Cargo: ECÓNOMA (manipulación de alimentos)

Fecha de inicio: Abril 08 de 2021

Fecha de retiro: Diciembre 17 de 2021

Teléfono: 350 512 28 40 / 315 828 23 54

Funciones:

Empaque y entrega de alimentos en colegios; aseo general en las instalaciones.

INVERSIONES DAJUSANCHEZ S.A.S

Cargo: Servicios Generales

Fecha de inicio: Marzo 10 de 2020

Fecha de retiro: Diciembre 04 de 2020

Teléfono: 815 6761 / 316 266 96 29

Funciones:

Aseo y limpieza en todas las instalaciones del colegio (baños, cocina, pisos y lavado de ropa).

Logros: Reconocimientos e incentivos por mi desempeño laboral.

ESTUDIOS REALIZADOS**COLEGIO ISAAC NEWTON**

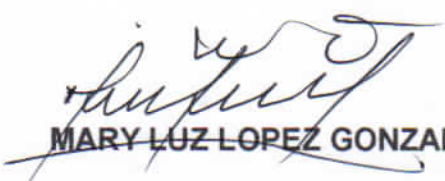
Básica Secundaria

Bogotá 1995

ESCUELA SANTIAGO SAMPER BOQUERON

Básica Primaria

Bogotá 1991



MARY LUZ LOPEZ GONZALEZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 52.725.823

LOPEZ GONZALEZ

APELLIDOS

MARY LUZ

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1981

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

13-ABR-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1505500-01092724-F-0052725823-20190812

0067308693A 1

1805528293



MEDILAB SERVICE SAS

Servicios médicos laborales

NIT. 901.277.852-6

Carrera 11 # 15 - 38

Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.261

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
10 DÍA	06 MES	2023 AÑO	CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR COLECTIVO			UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR COLECTIVO	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
LOPEZ GONZALEZ MARY LUZ			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	42 AÑOS 3 MESES 6 DÍAS
Carga			Documento de Identificación	CC
MANIPULADORA ALIMENTOS			Tipo	52725823
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	
Observaciones: NO APLICA				
APTO			PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS	
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR		✓	HEMOCLASIFICACION RH	
FROTIS DE GARGANTA		✓	COPROLOGICO	
K.O.H DE UÑAS		✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
				DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.				
Médico		Aspirante o Trabajador		
Firma:		Firma:		
Nombre: RODRIGUEZ JAIME DIANA PATRICIA		Nombre: LOPEZ GONZALEZ MARY LUZ		
R. M.: RM 52707728	L.S.O.: RESO. 8791	Código de Seguridad	CC: 52725823	
		K916Q1W6261		



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D / M / A	Empleo o cargo al que aspira manipuladora de alimentos.
--------------------	---

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Martinez? Garnica.		Nombre(s) del aspirante Stella.	
Fecha de nacimiento D / M / A 10 / 05 / 1972		Lugar de nacimiento Chia.	
Dirección domicilio / Barrio Vda fonqueta		Ciudad Chia.	
Teléfono		N°. Celular 304 353 99 11	
Correo electrónico m.stella165@hotmail.com.		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio manipuladora de alimentos		(*) Estado civil Casada.	
		Años de experiencia laboral 3 años.	

DOCUMENTACIÓN (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: ☒ No. 35475824.	(**) Libreta militar No.	Primera clase: ☐
Extranjería: ☐ Expedida en: Chia.	Distrito No.	Segunda clase: ☐
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí ☐ No ☒	Licencia de conducción No. Categoría



II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí ☐ No ☐	¿En qué empresa?	Empleado ☐ Independiente ☐	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí ☐ No ☒	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí ☒ No ☐	Fecha D / M / A 21 / 01 / 19.	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí ☐ No ☐
Nombre Señora Andrea Real		Dependencia	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí ☐ No ☒	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☐ Amigo ☐ Redes Sociales ☒	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí ☐ No ☐		Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí ☐ No ☐	Describe y indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$	
¿Por qué conceptos? alimentación, vestuario, servicios etc		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ el asignado.	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? Sí ☐ No ☐	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál(es)?			

17774038



IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Manuel de Jesús Garnica		Profesión, ocupación u oficio Pensionado		Empresa donde trabaja -	
Cargo actual		Dirección Vda Fonqueta		Teléfono 3124727783	
Ciudad Chia		No. de personas que dependen económicamente de usted 4		Parentesco mamá	
Edades 79 años		Nombre(s) padre(s) Ana Virginia Garnica		Profesión, ocupación u oficio hogar	
Teléfono(s) 3213357060		Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)					

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1985	5	Diploma	Inst. General Sanabria	Chia
Bachillerato Académico ☒ Técnico ☐	2014	6	Bachiller	Inst. Educ. Fusca	Chia
Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Sí ☐ No ☐					
Nombre de la institución			Horario	Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas	Sí ☐ No ☐	1.	R B MB	3.	R B MB
¿Qué programas maneja?		2.	R B MB	4.	R B MB
Idiomas	Sí ☐ No ☐	1.	Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?		2.	R B MB	R B MB	R B MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

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 LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa Unión Temporal B. C.		Actividad Económica Comercial		Dirección Samaria Zona Indust		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted manipuladora de alimentos		Área del cargo Cocina		Fecha Ingreso 20/07/23		Fecha Retiro 25/11/23	
Funciones realizadas picar fruta, verduras, cocinar, lavar loza, barrer, servir alimentos, trapear, etc.		Sueldo Inicial \$1'300.000		Sueldo Final \$1'300.000			
Nombre de su jefe inmediato Maria Alejandra				Cargo Supervisora			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☒ ¿Cuál? C: obra y labor.							
Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐							
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☒ Nocturna ☐ Otra jornada ☐							
Motivo del retiro Terminación del Contrato.							

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Fundación Bienestar Colectivo Comercio	calle 5a #1256 La Lorea				
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
manipuladora de alimentos	Cocina	05/07/22	25/11/23	\$1'170'000	\$1'170'000
Funciones realizadas					
picar fruta, verduras, pelar papa, cocinar lavar loza, ollas, pisos barrer servir alimentos, trapear llenar formatos, etc.					
Nombre de su jefe inmediato			Cargo		
Santiago.			Ingeniero.		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☒ ¿Cuál? Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Obra y Labor.					
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐					
Motivo del retiro terminación del Contrato.					

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Unión Temporal LA ANDREA	Comercio	Cra 3 # 1975 Oficina 518		3204667703	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
manipuladora de alimentos	Cocina	21/01/19	21/11/19	\$828'700	\$828'700
Funciones realizadas					
Cocinar, picar frutas, verduras, pelar papas, barrer, trapear, lavar loza, ollas, pisos, servir alimentos, llenar formatos.					
Nombre de su jefe inmediato			Cargo		
Lina Socha.			Jefe personal.		
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 terminación del Contrato.					

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Carmenza Bailo	Hogar	Uda Fonquetá	3226094165
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Alba Pozo	Independiente	20 de Julio	3102909000
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Manuel Garnica	Hogar	Uda Fonquetá	3124727783
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	M. Felipe Garnica	Independiente	Uda Fonquetá	3134969788

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 mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante  Stella Martinez Garnica C.C. 35475824 Chio.
---	---	---

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.475.824

MARTINEZ GARNICA
APELLIDOS

STELLA
NOMBRES

Stella Martinez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAY-1972
CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

24-SEP-1990 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1505500-3916 F-0035475824-20071215 0163107349D 02 236538853

**MEDILAB SERVICE SAS**

Servicios medicos laborales

NIT. 901.277.852-6

Carrera 11 # 15 - 38

Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



N° 6.252

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	06 MES	2023 AÑO	CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR COLECTIVO				UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR COLECTIVO			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TL, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MARTINEZ GARNICA STELLA				Genero	Edad	Documento de identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	51 AÑOS 8 MESES 8 DÍAS	CC	35475824
						Tipo	Número
Cargo MANIPULADORA ALIMENTOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓	HEMOCLASIFICACION RH		
FROTIS DE GARGANTA				✓	COPROLOGICO		
K.O.H DE UÑAS				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL				SVE VISUAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: REY LOPEZ DE MEZA RICARDO ALBERTO				Nombre: MARTINEZ GARNICA STELLA			
R. M.: 6958		L.S.O.: 6958		Código de Seguridad		CC: 35475824	
				B916H1N6252			

HOJA DE VIDA
MILENA MARIA MENDOZA MANJARRES
CC. No. 52.954.564 de Bogotá.

Edad: 40 años
Celular: 322 829 84 31
Dirección: Vereda Yerbabuena Sec. Escuela casa 1
Email: m4000mendoza@hotmail.com



PERFIL

Auxiliar de cocina, con espíritu de servicio a la comunidad, amplia sensibilidad social, sentido de pertenencia y responsabilidad, deseo permanente de aprender y capacitarme. Buenas relaciones interpersonales, con capacidad promotora de desarrollo, trabajo en equipo, dispuesta a recibir positivamente las sugerencias y a adaptarme a los cambios, para el mejoramiento continuo de la organización. Experiencia en atención y servicio al cliente, preparación de alimentos siguiendo la receta del menú establecido, aseo y organización, gestión de despensa asegurando el buen estado de los alimentos.

FORMACIÓN ACADÉMICA

TÉCNICOS:

Secretariado Ejecutivo
SENA -INCAP - 2012

Curso Higiene, Manipulación De Alimentos y
Buenas Prácticas de Manufactura
30 horas

CURSOS:

UNIHORIZONTE

Curso Especial en Humanización de los Servicios
50 horas.
SENA-2020

Comportamiento Seguro en Tiempos de Covid
SENA - 2021
Identificación de los Factores de Riesgo en Tiempos de
COVID -19

ESTUDIOS SECUNDARIOS:

Colegio Gimnasio San José
Bachillerato académico. 2001

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA
CARGO
FUNCIONES REALIZADAS

FUNBIENCOL – BIENESTAR COLECTIVO
Manipuladora de alimentos
Atención y servicio a comedor estudiantil. Limpieza y desinfección, pelado y picado de frutas y verduras, para su posterior preparación. Corte y porcionado de carnes. Preparación del menú siguiendo la minuta del día,

EMPRESA
CARGO
FUNCIONES REALIZADAS

VISAGE
Auxiliar de cocina
Atención al cliente, limpieza, pelado y picado de frutas y verduras, para su posterior preparación. Corte y porcionado de carnes, elaboración de platos siguiendo la receta del menú escogido. Preparación de alimentos para eventos familiares y empresariales.
15 de noviembre de 2021 — 30 de diciembre de 2022
Vanessa Moreno - Gerente Comercial
321 312 76 92

TIEMPO
JEFE INMEDIATO
TELÉFONO

EMPRESA
CARGO
FUNCIONES REALIZADAS

ASADERO Y RESTAURANTE MI POLLITO DORADITO
Auxiliar de cocina
Preparación de ensaladas, sopas y jugos, organización y aseo de la cocina, lavado de platos.
16 enero 2017— 31 octubre de 2021
Leidy Johanna Espinosa— Administradora
314 224 29 30

TIEMPO
JEFE INMEDIATO
TELÉFONO

EMPRESA
CARGO
FUNCIONES REALIZADAS

FRUVER LAS DELICIAS DE JENESANO
Auxiliar de cocina y Servicios generales
Atención al cliente, manejo y control de inventario, lavado, empaquetado de frutas y verduras, aseo y organización del punto de venta, manejo de caja, preparación de desayuno, almuerzo y onces.
16 Enero de 2014 — 31 de diciembre de 2016
Claudia Milena Cubillos - Administradora
312 492 98 99

TIEMPO
JEFE INMEDIATO
TELÉFONO

REFERENCIAS PERSONALES

Néstor Raúl Uribe González	Coordinador de Deportes. Universidad Central
Teléfono:	323 98 68 Ext. 1508
Celular:	310 259 10 01
Jaydi Herrera	Empleada domestica
Celular:	311 210 91 88
Alexandra García	Asistente Administrativa
Celular:	312 382 92 89

REFERENCIAS FAMILIARES

Celmira Mendoza	Ama de casa
Parentesco:	Madre
Celular:	321 952 34 88
Patricia Meneses	Administradora Punto de Venta
Parentesco:	Hermana
Celular:	301 437 86 08
Yesid Valira Rueda	Administrador de finca
Parentesco:	Esposo
Celular:	321 983 24 21



MILENA MARIA MENDOZA MANJARRES
C.C. No. 52.954.564 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.954.564**

MENDOZA MANJARRES

APELLIDOS

MILENA MARIA

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-1983**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O-

G.S. RH

F

SEXO

17-MAY-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00086565-F-0052954564-20081002

0003973637A 2

1260017642



MEDILAB SERVICE SAS
Servicios médicos laborales
NIT. 901.277.852-6

Carrera 11 # 15 - 38
Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 7.827

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
12 DÍA	01 MES	2024 AÑO	CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES			PARTICULARES		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
MENDOZA MANJARRES MILENA MARIA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	40 AÑOS 9 MESES 26 DÍAS	CC 52954564
Carga					
MANIPULADORA DE ALIMENTOS					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO					
Observaciones: NO APLICA					
APTO			PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS		
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR			✓	K.O.H DE UÑAS	✓
FROTIS DE GARGANTA			✓	COPROLOGICO	✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		SVE VISUAL		CONTROL DE PESO	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma:			Firma:		
Nombre: RODRIGUEZ JAIME DIANA PATRICIA			Nombre: MENDOZA MANJARRES MILENA MARIA		
R. M.: RM 52707728 L.S.O.: RESO. 8791			Código de Seguridad Y916E1K7827		
			CC: 52954564		



Zoila del Carmen Molina

Oficios varios - ecónoma

Como economista especializada en cocina para niños y comedores infantiles, destaco por mi sólida formación y habilidades para preparar comidas adaptadas a las necesidades y preferencias de los más pequeños. permitiéndome gestionar eficientemente múltiples tareas en entornos dedicados a la alimentación infantil. No solo me enfoco en la calidad de los platos, sino que también establezco conexiones positivas y empáticas con los niños. Además soy experta en el seguimiento de minutas y en la manipulación correcta de alimentos, asegurando la seguridad alimentaria.

Contacto

telefono

3118339218

Email

lola2molina.87@gmail.com

direccion

calle 31 # 3a - 00

Education

higiene y manipulacion de valimentos

mayo - 2023

manipulacion de alimentos

anual febrero de cada año

primaria

Escuela urbana de niñas gualmatan

HABILIDADES

- recepción y organización de equipo de trabajo
- seguimiento de minutas
- administración y cuidado
- supervisión y preparación de alimentos.
- Seguridad Alimentaria
- Organización y Gestión del Tiempo

LENGUAJE

Spanish

Experiencia

2023

Union temporal bienestar colectiva

economa colegios chia

Responsable de preparar y dar seguimiento a menús equilibrados, supervisar la seguridad alimentaria para fomentar hábitos saludables entre los estudiantes. Destaco por habilidades de comunicación, gestión eficiente de tareas y adaptabilidad a cambios y regulaciones y Organización y Gestión del Tiempo:

2022

fundación BIENESTAR COLECTIVO Chía

Ecónoma colegios chia

limpieza desinfección de zonas para la preparación de los alimentos, preparación, diligenciamiento de formatos para toma de temperaturas y estado de almacenamiento, recibo de alimentos y seguimientos de minutas, informes y avisos particulares del cargo.

2020 - 2021

Lácteos Appenzell

Ecónoma colegios chia

Manipulación y preparación de alimentos, logística de recibo y distribución enfocado a niños en edad escolar, rutinas para maximización de horas.

Referencias

Nidia yaneth amaya

Patronista en confeccion

chia
3148017702

INTERESES/HOBBIES

gran gusto por hacer actividades manuales como tejer coser y cocinar. cuidado de animales y tiempos de calidad con mis nietos.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **27.224.580**

MOLINA

APELLIDOS
ZOILA DEL CARMEN

NOMBRES

[Signature]

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1969**

GUALMATAN
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

29-JUL-1988 GUALMATAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1505500-01094776-F-0027224580-20190823 0067513088A 1 1805587081

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA

MD. UNIVERSIDAD NACIONAL

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.



DR. CARLOS A CANTOR H

NIT: 2993727

LSO - 2969/19

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 27224580-48361

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 17 ene. 2024 - CHÍA
Paciente: ZOILA DEL CARMEN MOLINA
Género: FEMENINO **Edad:** 54
Fecha Nacimiento: 10/05/1969
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: VEREDA BOJACA SECTOR SAN MIGUEL
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa: PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 27224580
Teléfono: 3118339218 **Móvil:** 3118339218
Cargo: INDEPENDIENTE
EPS: FAMISANAR
ARL: NO REPORTA
AFP: PROTECCION S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL SATISFACTORIO, CONTINUAR TRATAMIENTOS Y CONTROL DE TENSION ARTERIAL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDIANA
KOH DE UÑAS NEGATIVO
FROTIS DE GARGANTA NORMAL
COPROLOGICO NEGATIVO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS
 SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
CARDIOVASCULAR	-	PPyP
VASCULAR	-	PPyP

Información de Remisiones

MÉDICO GENERAL

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO.

CONSENTIMIENTO

En la Fecha, Yo, mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que he recibido la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y para clínicos que me van a ser practicados, y que Si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Si autorizo, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

CAH
 Dr. Carlos Arturo Cantor Herrera
 Especialista en Salud Ocupacional U.M.B.
 LSO 2969



Zoila Del Carmen Molina

Médico Especialista en Salud Laboral
 CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
 2969

Firma y cédula del Paciente
 ZOILA DEL CARMEN MOLINA
 27224580

BLANCA ADILIA MONTAÑEZ GOMEZ



Datos Personales

NOMBRE BLANCA ADILIA MONTAÑEZ GOMEZ

CEDULA 52.027.655 de Bogotá

FECHA DE NACIMIENTO 16 de Diciembre del 1972

LUGAR DE NACIMIENTO Garagoa (Boyacá)

ESTADO CIVIL Soltera

DIRECCIÓN vereda cerca de piedra

CIUDAD Chía, Cundinamarca

CELULAR 3016631243

BLANCA ADILIA MONTAÑEZ GOMEZ

Perfil

Soy una persona positiva y optimista, dispuesta al aprendizaje y la superación personal, con sentido de pertenencia.

Responsable, amable, me gusta ser colaborador y sobre todo conservar un ambiente laboral agradable con buena disposición, acepto los errores y trato de corregirlos.

Formación Académica

Estudios Primarios: Colegio Gaitan Cortez Bogotá, D.C.

Finalización 1981

Estudios Secundarios: Colegio Inem Santiago Perez Bogotá, D.C.

Finalización 1985

BLANCA ADILIA MONTAÑEZ GOMEZ

Experiencia Laboral

EMPRESA: restaurante la ruana campestre

CARGO: mesera y ayudante de cocina

FUNCIONES: oficios varios

JEFE INMEDIATO: Humberto Robayo

TELEFONO: 3103431192

TIEMPO LABORADO: seis meses (6)

EMPRESA: Imverciones daju sanchez

CARGO: auxiliar de servicios generales

FUNCIONES: Oficios varios

JEFE INMEDIATO: Miguel Sanchez

Celular: 3162669629

TIEMPO LABORADO: 3 años

EMPRESA COLEGIO AGUSTINIETO

CARGO: AUXILIAR DE COCINA

FUNCIONES: OFICIOS VARIOS

JEFE INMEDIATO: Sr. HAROLD

TELEFONO: 676 1138

TIEMPO LABORADO: 1 año

EMPRESA COLEGIO MONTEMOREL

CARGO: AUXICIAL DE COCINA SERVICIOS GENERALES

FUNCIONES: OFICIOS VARIOS

JEFE INMEDIATO: Sra LUZ MARINA

TELEFONO: 8625727

TIEPO LABORADO: DOS AÑOS

BLANCA ADILIA MONTAÑEZ GOMEZ

Referencias Familiares

MARY LUZ MONTAÑEZ

Titulo: Estilista

Cargo: Estilista

Celular: 312317 3175

Relación: Hermana

GLORIA MONTAÑEZ

Titulo: Ventas

Cargo: Ventas

Celular: 3152413051

Relación: Hermana

Referencias Personales

MIRIAM CORREA

Titulo: EMPLEADA

Cargo: OFICIOS VARIOS

Celular: 3115605647

PATRICIA CAMPO

Titulo: EMPLEADA

CARGO OFICIOS VARIOS

Celular: 3142136525

BLANCA ADILIA MONTAÑEZ GOMEZ

C.C.: 52.027.655 de Bogotá.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.027.655**
MONTAÑEZ GOMEZ

APELLIDOS
BLANCA ADILIA

NOMBRES

Blanca M. Gomez

FIRMA



REPUBLICA DE
COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
GARAGOA
(BOYACA)

26-DIC-1969

LUGAR DE NACIMIENTO
1.59

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

29-JUN-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1505500-00070921-F-0052027655-20080915

0003344218A 3

1800001037



MEDILAB SERVICE SAS

Servicios medicos laborales

NIT. 901.277.852-6

Carrera 11 # 15 - 38

Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 6.314

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
10 DÍA	06 MES	2023 AÑO	CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)		
			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR COLECTIVO			UNIÓN TEMPORAL BIENESTAR COLECTIVO		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
MONTAÑEZ GOMEZ BLANCA ADILIA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	54 AÑOS 0 MESES 22 DÍAS	CC 52027655
Carga				Tipo	Número
MANIPULADOR ALIMENTOS					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO					
Observaciones: NO APLICA					
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS					
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 OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR			✓	HEMOCLASIFICACION RH	
FROTIS DE GARGANTA			✓	COPROLOGICO	
K.O.H DE UÑAS			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		SVE CARDIOVASCULAR		HACER DEPORTE	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma:			Firma:		
Nombre: REY LOPEZ DE MEZA RICARDO ALBERTO			Nombre: MONTAÑEZ GOMEZ BLANCA ADILIA		
R. M.: 6958 L.S.O.: 6958			CC: 52027655		
Código de Seguridad					
D916J1P6314					