



FLOR MARIA NOVOA HERRERA

DATOS PERSONALES

NOMBRE	FLOR MARIA NOVOA HERRERA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	20.472.352 de Fomeque, Cundinamarca
FECHA DE NACIMIENTO	31/Enero/1964
LUGAR DE NACIMIENTO	Chia
ESTADO CIVIL	Soltera
DIRECCIÓN	Cra 5 A # 30-42 manzana G casa 13 N. milenio
CELULAR	3112449190
E-MAIL	flornovoa2019@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Soy una persona responsable, puntual, creativa y con muy buena disposición para cualquier tarea que se me asigne. Tengo 1 año de experiencia en mi campo como manipuladora de alimentos me adapto fácil y trabajo en equipo.

Uniforme talla 2 M.
Zapatos 35.
Botas 35

FORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios Secundarios: Bachiller Académico
Huitaca, Tabio

EXPERIENCIA LABORAL

UNION TEMPORAL

CARGO: Manipuladora de alimentos

JEFE INMEDIATO: Santiago Medina

TELEFONO: 3212828035

TIEMPO LABORADO: 05 marzo 2023 – 27 noviembre 2023

FUNCIONES REALIZADAS: Actividades de cocina

REFERENCIAS PERSONALES

Marta Cabra

Ama de casa

Cel: 3118713902

Flor casa

Manipuladora de alimentos

Cel: 3115385371

FLOR MARIA NOVOA HERRERA

C.C. 20.472.352 de Fomeque

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.472.352**

NOVOA HERRERA

APELLIDOS

FLOR MARIA

NOMBRES

Flor M. Novoa

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-ENE-1964**

FOMEQUE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

09-JUL-1982 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1505500-00836607-F-0020472352-20160617

0050133279A 1

1803818632

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: 20472352-48288

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	15 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	FLOR MARIA NOVOA HERRERA	Identificación:	20472352
Género	FEMENINO Edad: 59	Teléfono	3112449190 Móvil: 3112449190
Fecha Nacimiento:	31/01/1964	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CARRERA 5 A 30 42	ARL:	NO REPORTA
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.

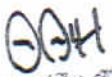
CONSENTIMIENTO

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.-


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





Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
FLOR MARIA NOVOA HERRERA
20472352

HOJA DE VIDA



Perfil

Auxiliar de Cocina, con amplio conocimiento en preparación de comidas nacionales con buenas inter - relación personal y con capacidad para trabajar en equipo, creativa e innovadora.

Datos Personales

NOMBRE COMPLETO	:	MARIA ELVIRA OCHOA GIL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	:	C.C. 20.472.281
FECHA DE NACIMIENTO	:	10 de febrero de 1961
LUGAR DE NACIMIENTO	:	Chía – Cundinamarca
ESTADO CIVIL	:	Casada
DIRECCION	:	Vereda Tiquiza Sector la Capilla
TELEFONOS	:	311 8880447

Formación Académica

Estudios Secundarios : DEPARTAMENTAL JOSE JOQUIN CASAS
Chía. - Año 1983

Experiencia Laboral

Empresa : CASINO FLORES MG
Cargo : Auxiliar de Cocina
Ciudad : Chía – Cundinamarca
Periodo : 2001 - 2018. (17 Años)

Empresa : RESTAURANTE LA CUPULA JJ
Cargo : Auxiliar de Cocina
Ciudad : Chía – Cundinamarca
Periodo : 2023 - A la fecha

Referencias Familiares

Iban Ochoa Ramírez

Contratista

Cel. 315 3387072

Yeison Camilo Tibáquira Ochoa

Gerente – Tiendas OXXO Chía

Cel. 301 6644257

Referencias Personales

María Teresa López

Auxiliar de Cocina

Cel. 322 9240251

María Elvira Ochoa Gil

C.C.20.472.281

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.472.281**
OCHOA GIL

APELLIDOS
MARIA ELVIRA

NOMBRES

Maria Elvira Ochoa Gil

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-FEB-1961**
CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

A+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

14-DIC-1981 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1505500-00065222-F-0020472281-20080905

0002985140A 1

1810008534

MARÍA ELVIRA OCHOA GIL
C.C. 20472281

62 Años

Fecha: 12-01-2024
No. 13387

EXÁMENES DE LABORATORIO

• FROTIS FARÍNGEO:

Coloración Gram

Flora Bacteriana Mixta

Moderada Rección PMN

• FROTIS DE UÑAS

Directo con KOH

Al examen directo, no se observan estructuras

Compatibles con hongos

• COPROANÁLISIS

EXAMEN FÍSICO

Color: Café

Consistencia: Muy Blanda

EXAMEN PARASITOLÓGICO

Presencia de Quistes de B. hominis

LABORATORIO CLÍNICO
Dra. Mercy Blandón S.
Cra. 9 No. 14-54 Chía
Cel: 310 239 4935
Dra. Mercy Blandón Schiller
Bacterióloga U. de A.
Reg. 51875600

CONSULTORIO MÉDICO SANTA ANNA

Dr. Germán Rosales Romero

Médico Cirujano - Médico Ocupacional

Universidad de Antioquia

Se determina que el (la) paciente en mención NO presenta actualmente enfermedad infectocontagiosa y SI es apto (a) para desempeñarse en comunidad.

Los exámenes de Laboratorio Clínico, NO presentan alteración y NO tiene impedimento para la Manipulación de alimentos.

Observación:

Exámenes Parasitológicos Negativos
para Manipulación de Alimentos.

Dr. Germán Rosales Romero
Médico Cirujano U. de A.
R.M. 5080497436

Dr. Germán Rosales Romero
Médico Cirujano
Universidad de Antioquia
R.M. 5080497

Carrera 9 No 14 - 54 Chía Cundinamarca
Teléfonos: 3102394935 - 3156430655
Calidad y confiabilidad a su servicio
mercyblandon@hotmail.com

LUZ MARINA PERILLA MARTINEZ
C.C. N° 39707097 de Mosquera Cundinamarca
Teléfono.: 3123294129
E- mail luzmarinaperilla3@gmail.com



DATOS PERSONALES

FECHA DE NACIMIENTO:	25 febrero 1967
LUGAR DE NACIMIENTO:	San Cayetano Cundinamarca
NACIONALIDAD:	colombiana
ESTADO CIVIL:	Casada
PROFESIÓN, OCUPACIÓN U OFICIO:	Cajera Seis Años

PERFIL

Soy una persona con experiencia como Monitora, integra, con principios morales y éticos bien fundamentados.

FORMACION ACADEMICA

PRIMARIA

Francisco José de Caldas Fusagasugá

Secundaria

La Presentación Zipaquirá

EXPERIENCIA LABORAL

COTATUR

Cargo: Monitora

Tiempo: 4 años

Tel: 3103102159

Nombre jefe inmediato: Carmen Amanda Bonilla

HUMBERTO ROBAYO

Cargo: Cajera

Tiempo: 15 meses

Tel. 3103431192

MAURICIO PINILLA ZAMBRANO

Cargo: Cajera

Tiempo: 14 meses

Tel. 3214077921

JORGE AYALA

Cargo: Supermercado (Cajera)

Tiempo: 18 meses

REFERENCIAS PERSONALES

JORGE AYALA

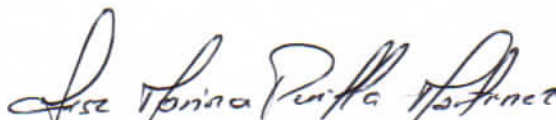
Conductor

Tel: 3183342587

NUBIA RINCON

Ama de casa

Tel: 320 346 3558



LUZ MARINA PERILLA MARTINEZ

C.C. N° 39707097 de Mosquera Cundinamarca

Teléfono.: 3123294129

E- mail luzmarinaperilla3@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **39.707.097**

PERILLA MARTINEZ

APELLIDOS
LUZ MARINA

NOMBRES

Luz Marina Perilla Martinez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-FEB-1967**

SAN CAYETANO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 **O+**
ESTATURA G.S. RH

30-ABR-1987 MOSQUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

F
SEXO

Alexander Foga Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER FOGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-1504600-01133350-F-0039707097-20200219 0070179427A 1 53141803



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 7.833

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)					
PERILLA MARTINEZ LUZ MARINA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	56 AÑOS 10 MESES 16 DÍAS	CC 39707097
				Tipo	Número
Cargo: 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		✓		K.O.H DE UÑAS ✓	
FROTIS DE GARGANTA		✓		COPROLOGICO ✓	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		SVE CARDIOVASCULAR		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: PERILLA MARTINEZ LUZ MARINA			
R. M.: RM 52707728		CC: 39707097			
L.S.O.: RESO..8791		Código de Seguridad			
		I91601U7833			

Hoja de Vida



Datos Personales

NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD
FECHA DE NACIMIENTO
LUGAR DE NACIMIENTO
ESTADO CIVIL
CIUDAD DE RESIDENCIA
DIRECCIÓN
TELÉFONO
E-MAIL

ROSA C. PLAZAS RAMIREZ
51.799.323 de Bogotá
1 DE MAYO DE 1962
Chía, Cundinamarca
Casada.
Vereda Fagua
Sector La Leonor
312 4964588
rosycrys62@hotmail.com

Estudios

Estudios Primarios:

Colegio Maria Auxiliadora
Chia centro

Estudios Secundarios:

Colegio Maria Auxiliadora
Bachiller comercial

Perfil Profesional

Soy una persona honesta, comprometida, dinámica, responsable y dedicada a mis labores, con buena actitud y con facilidad para relacionarme en grupo de trabajo, integración, flexibilidad, dinamismo y habilidad para enfrentar situaciones de desafío y superación, emprendedora con iniciativa y capacidad de organización y gestión.

Dispuesta a cumplir con las distintas funciones, obligaciones y normas laborales que tengan establecidas en la empresa. Mi trayectoria laboral se encuentra enfocada con el área de servicios generales y cooperativas de colegios, tengo la facilidad de establecer rápidamente excelentes relaciones interpersonales.

Experiencia Laboral

FUNDACION INTENGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO (FIPADH)

Cargo: Servicios generales
Jefe Inmediato: Yessica Sanabria
Telefono: 3124959303
Desde: 1-08-2022 hasta 16-12-2022

JARDIN Y GIMNASIO PSICOPEDAGOGICO CAMPESTRE S.A.S

Cargo: servicios generales
Jefe Inmediato: Rodrigo Escorcía
Telefono: 8626988
Desde 04-02-2019 hasta 30-06-2019

BOSQUES DE SHERWOOD

Cargo: servicios generales
Funciones: servicios generales
Jefe Inmediato: Fredy Murcia
Telefono: 8620846
Desde 01-02-2017 hasta 30-11-2017

Referencias Familiares

Nombre: Andrea Ximena Plazas
Profesión: Asesora comercial
Contacto: 3138471857

Nombre: Yamile Plazas Ramirez Profesión:
Independiente.
Contacto: 3134606358

Referencias Personales

Nombre: Hernán Pachón
Profesión: Independiente
Contacto: 3168711404

Nombre: Daniela Vargas
Profesión: Directora Comercial
Contacto: 3002614678

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
GEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.799.323**
PLAZAS RAMIREZ

APELLIDOS
ROSA CRISTINA

NOMBRES

Rosa Cristina Plazas R

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-1962**
CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

12-DIC-1983 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1505500-00060423-F-0051799323-20060911

0003213594A 1

1800005900

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: 51799323-48384

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	18 ene. 2024 - CHÍA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	ROSA CRISTINA PLAZAS RAMIREZ	Identificación:	51799323
Género:	FEMENINO Edad: 61	Teléfono:	3124964588 Móvil: 3124964588
Fecha Nacimiento:	1/05/1962	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	VEREDA FAGUA SECTOR LA LEONOR	ARL:	SURA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	COLFONDOS
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
Dr. Carlos A. Cantor H.
Especialista en Salud Ocupacional
U.M.B. - LSO 2969



Rosa Cristina Plazas Ramirez

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
ROSA CRISTINA PLAZAS RAMIREZ
51799323



KELLY JOHANA QUECAN MOLANO

auxiliar de cocina y aseo

 (57) 302 849 0006

 quecanmolanokellyjohanna@gmail.com

 Calle 25 n2 este 03

PERFIL

Soy una persona responsable, organizada y enfocada en el cumplimiento de los objetivos. Cuento con una gran capacidad para trabajar en equipo, bajo presión y aprender rápidamente nuevas habilidades y herramientas. Soy una persona con habilidades de comunicación, liderazgo y pensamiento crítico.

EDUCACIÓN

2020

bachillerato

instituto C.E.A.C centro de educación de adultos de cota

HABILIDADES

- empática
- liderazgo
- honestidad
- buen trabajo en equipo
- creatividad

EXPERIENCIA

2019

UT LA ANDREA-AUX DE COCINA

Trabajaba en estrecha colaboración con miembros del equipo para atender a estudiantes de instituciones educativas brindándoles completa ayuda.

2021

RESTAURANTE FRESITA-AUX SERVICIOS GENERALES

ayudar y cumplir con mis obligaciones de aseo para la institución privada británico.

2023

UNION TEMPORAL-AUX DE COCINA

Trabajaba en estrecha colaboración con miembros del equipo para atender a estudiantes de instituciones educativas brindándoles completa ayuda.

REFERENCIAS

WILSON QUECAN

administrador de empresas

(57) 3153534993

referencia familiar

CATALINA URREA

analista en glosas

(57) 3116143827

referencia personal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.072.650.547**

QUECAN MOLANO

APELLIDOS

KELLY JOHANNA

NOMBRES

Johanna Quecán M.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-ENE-1989**

CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

16-ENE-2007 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL NÁIMQUEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1505500-00657186-F-1072650547-20160106 0042274870A 1 1803120603

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: 1072650547-48369

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	17 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	KELLY JOHANNA QUECAN MOLANO	Identificación:	1072650547
Género:	FEMENINO Edad: 35	Teléfono:	3028490006 Móvil: 3028490006
Fecha Nacimiento:	8/01/1989	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	CALLE 25 # 2 ESTE 03	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
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 MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN EN EPS.
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
-----------	------

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 A. Cantor H
Médico Especialista en Salud Laboral
U.M.B. - 2969



Johanna Q

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
KELLY JOHANNA QUECAN MOLANO
1072650547

NOMBRE: CLAUDIA MARCELA QUECAN PARRA

C.C. No. 35.476.423 de Chia

Dirección: Cra 5 No. 21 -197 Chilacos

Numero de contacto: 3142149843

Email: Claudiaquecan81@gmail.com

Perfil Profesional

Persona dispuesta a asumir retos, con proyectos de vida encaminados a la superación personal y profesional, gran capacidad de adaptación a diferentes ambientes laborales, facilidad de expresión, alto nivel de orientación al cliente y cumplimiento de las responsabilidades y las facultades que garantizarían su cabal cumplimiento.

Estudios

BACHILLERATO: Colegio Antonio Nariño - 09-03-2006

Otros:

Curso manipulación de Alimentos - 11-09-2023

Experiencia Laboral

FUNDACION LA MANUELITA

Cargo: Servicios Generales

-Tiempo Laborado: 10 de octubre de 2016 -18 enero de 2021

Jefe inmediato: marcela Santana

Telefono: 2564980

PURA VIDA SENIOR LIVING

CARGO: Auxiliar de Servicios Generales

Tiempo Laborado: 21 de septiembre 2021 - 30 de diciembre de 2022

Jefe inmediato: Patricia Leon

Telefono: 8630828

Referencias Personales

Nombre: Lizeth González

Cargo: Independiente

Contacto: 3188532795

Nombres: Luz Dary Ramírez

Cargo: Independiente

Contacto: 3103101334



NOMBRE: CLAUDIA MARCELA QUECAN PARRA

C.C. No. 35.476.423 de Chia

Contacto: 3142149843



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **35.476.423**

QUECAN PARRA

APELLIDOS
CLAUDIA MARCELA

NOMBRES
Claudia Quecan Parra

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1972**

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-JUL-1991 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CROQUIS ANTO, VIGILANCIA TERRITORIAL

INDICE DERECHO



A-1505500-00087224-F-0035476423-20081002 0004001388A 1 18000008965

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 - 2999/19

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 35476423-47215
INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	11/09/2023 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	CLAUDIA MARCELA QUECAN PARRA	Identificación:	35476423
Género:	FEMENINO	Edad:	51
Fecha Nacimiento:	20/04/1972	Teléfono:	3142149843
Estado Civil:	CASADO(A)	Cargo:	SERVICIOS GENERALES
Dirección:	CARRERA 5 21 197	EPS:	FAMISANAR
Escolaridad:	SECUNDARIA	ARL:	SURA
Empresa:	PARTICULAR	AFP:	PROTECCION S.A.
		Móvil:	3142149843

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	SATISFACTORIO. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR
COPROLOGICO	NEGATIVO
FROTIS DE GARGANTA	NORMAL
KOH DE UÑAS	NEGATIVO

CONCEPTO DE APTITUD 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)

VISUAL

PPyP

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 solicitante 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 A. Cantor H.
Especialista en Salud Ocupacional U.M.B.
L.S.O. 2999/19





CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA

CLAUDIA MARCELA QUECAN PARRA

35476423

Firma y cédula del Paciente

2999

Médico Especialista en Salud Laboral

DIANA MARCELA RUBIANO BERRIO



DATOS PERSONALES

Nombre:	Diana Marcela Rubiano Berrio
Cedula de Ciudadanía:	53.910.343 de chía (C/marca).
Dirección de Residencia:	Calle 31 #1 A- 33 int 3
Celular:	320- 462 85 94

PERFIL PROFESIONAL

Me caracterizo por ser una persona responsable creativa, con iniciativa y puntualidad emprendedora, estoy a la vanguardia de nuevos aprendizajes e investigaciones y dispuesta a adquirir nuevos conocimientos y oportunidades de desarrollo personal y laboral que resulten benéficos o productivos para el lugar en el cual me desempeñé. Y asumir los retos dispuestos por la empresa.

FORMACION ACADEMICA

I.E SAN JOSEMARIA ESCRIVA DE BALAGUER

Titulo obtenido: 5° Básica primaria

Lugar: Chía (C/marca)

Fecha: 1996

I.E SAN JOSEMARIA ESCRIVA DE BALAGUER

Titulo obtenido: 10° Básica secundaria

Lugar: Chía (C/marca)

Fecha: 2000

EXPERIENCIA LABORAL

FUNDACIÓN BIENESTAR COLECTIVO

Cargo desempeñado: Ecónoma/Auxiliar Cocina

Tiempo laborado: mayo 2023 – 02/11/2023

Cel. 310 256 98 11

Dirección: Samaria

Jefe inmediato: Ingrid Cruz

FUNDACIÓN BIENESTAR COLECTIVO

Cargo desempeñado: Ecónoma/Auxiliar Cocina

Tiempo laborado: mayo 2022 - noviembre 2022

Cel. 310 256 98 11

Dirección: Samaria

Jefe inmediato: Ingrid Cruz

THE SPOT

Cargo desempeñado: Camarera

Tiempo laborado: 18/01/2022 – 24/05/2022

Cel. 310 544 67 12

Dirección: Av. Pradilla #6-59E, Chía

Jefe inmediato: Yennyfer Córdoba

CONDOMINIO EL CARRETON

Cargo desempeñado: Oficios varios

Tiempo laborado: 25/01/2020 hasta 14/12/2020

Cel. 310- 230 04 69

Dirección: Vereda Canelón

Jefe inmediato: Wilson Barón

REFERENCIA FAMILIAR

ALBERTO RUBIANO

Profesión: Independiente

ROSARIO BERRIO

Profesión: Ama de casa

REFERENCIAS PERSONALES

MARITZA AGUDELO

Profesión: Empleada

Cel. 314 413 89 37

Dirección: Calle 30# 1ª-25

JOHANA RUBIANO

Profesión: Empleada

Cel. 313 271 89 59

Diana Marcela Rubiano

DIANA MARCELA RUBIANO BERRIO

C.C. N° 53.910.343 de Chía (C/marca).

Cel. 320- 462 85 94

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.910.343**

RUBIANO BERRIO

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Rubiano
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAR-1984**

CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

31-MAY-2002 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YAGUA



A-1505500-00895983-F-0053910343-20170410 0054095886A 4 1804391352

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: 53910343-48283

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	13 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	DIANA MARCELA RUBIANO BERRIO	Identificación:	53910343
Género:	FEMENINO Edad: 39	Teléfono:	3204628594 Móvil: 3204628594
Fecha Nacimiento:	20/03/1984	Cargo:	INDEPENDIENTE
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	CALLE 31 # 1 A-33 INT. 3	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PROTECCION S.A.
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.
KOH DE UÑAS	NEGATIVO
FROTIS DE GARGANTA	NORMAL
COPROLOGICO	NEGATIVO

CONCEPTO LABORAL

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)		
NUTRICIÓN		PPyP

Información de Remisiones

NUTRICIONISTA

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

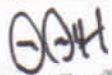
CONSENTIMIENTO

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.
2969



Diana Rubiano

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
DIANA MARCELA RUBIANO BERRIO
53910343



HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad Chia	Fecha 12 M 01 A 2024	Empleo o cargo solicitado Aux. cocina	Código cargo
-----------------------	--------------------------------	---	--------------

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido Rubiano	Segundo apellido Berrio	Nombres Ninni Johanna		
Profesión, ocupación u oficio Aux. Cocina		Años de experiencia laboral 8	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$	
Lugar de nacimiento Chia (cund)		(*) Fecha de nacimiento 27 M 06 A 1981	(*) Estado civil Unión Libre	
Dirección domicilio Cl 31 # 1A-33		Barrio Calahorra	Teléfono 3132718959	
Cédula de ciudadanía: N° 35197933		(**) Libreta militar N°		
Expedida en: Chia		Distrito N°		Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Licencia de conducción	¿Vivienda propia? Si ☐ No ☒	Nombre del arrendador Maria Lopez	Teléfono 3123932726	Valor del arriendo 900.000
¿Está trabajando actualmente? Si ☐ No ☒	¿En qué empresa?	Empleado ☐ Tipo de contrato Independiente ☐		

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento Col. Delicias	Ciudad Chia	Último grado cursado 5-	Fecha 1991
Bachillerato	Establecimiento José Joaquín Casas	Ciudad Chia	Último grado cursado 11-	Fecha 2001
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 UT. Bienestar Colectivo	Dirección Parque ind. Samaria	Teléfono(s) 3212828635	
Nombre de su jefe inmediato Santiago Medina	Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aux. cocina		
Funciones realizadas Todo lo relacionado con el programa pae.			
Fecha de ingreso 19 enero 23	Fecha de retiro 25 nov. 2023	Sueldo inicial \$ Mínimo	Sueldo final o actual \$ Mínimo
Motivo del retiro Termino de labor			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)			
Nombre de la empresa Fundación Bienestar colectivo	Dirección parque ind. Samaria	Teléfono(s) 321282803	
Nombre de su jefe inmediato Santiago Medina	Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aux. cocina		
Funciones realizadas Todo lo relacionado con el programa pae.			
Fecha de ingreso 6 Junio 2022	Fecha de retiro 27 Nov. 2022	Sueldo inicial \$	Sueldo final \$
Motivo del retiro Termino de labor.			
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	
Ciudad		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	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio ☐	Amigo ☐	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	Si ☐	No ☐
	Agencia ☐	Otro ☐			
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

[Firma manuscrita]
cc. 35197933

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
Candidato elegible próximamente	Si ☐	No ☐	Sueldo \$
		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 **35197933**

RUBIANO BERRIO
APELLIDOS

NINNI JOHANNA
NOMBRES

[Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1981**

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

29-NOV-1999 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1505500-32083162-F-0035197933-20000808 1947400215A 01 084490044

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: 35197933-48254

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	11 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	NINI JOHANNA RUBIANO BERRIO	Identificación:	35197933
Género:	FEMENINO Edad: 42	Teléfono:	3132718959 Móvil:
Fecha Nacimiento:	27/06/1981	Cargo:	INDEPENDIENTE
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	VEREDA BOJACA CALLE 31 # 1 A -33 INT.3	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	PARTICULAR		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	SATISFACTORIO. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 5 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS.
KOH DE UÑAS	NEGATIVO
FROTIS DE GARGANTA	NORMAL
COPROLOGICO	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
VISUAL	-	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.-


E. Cantor H. Cantor H.
Cantor H. Cantor H.
Cantor H. Cantor H.
Cantor H. Cantor H.





Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
NINI JOHANNA RUBIANO BERRIO
35197933



HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad Chila	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado El Asignado	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 Ruiz	Segundo apellido Pineda	Nombres Maria Nelly	
Profesión, ocupación u oficio Economista	Años de experiencia laboral 20 Años	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$	
Lugar de nacimiento Combita - Boyaca	(*) Fecha de nacimiento D 06 M 07 A 1969	(*) Estado civil Casada	
Dirección domicilio Carrera 4ª este # 9-53	Barrio Samaria	Teléfono 3103022123	
Cédula de ciudadanía: N° 23437809	(**) Libreta militar N°		
Expedida en: Combita	Distrito N° Primera clase: Segunda clase:		
Licencia de conducción	¿Vivienda propia? Si ☒ No ☐	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Está trabajando actualmente? Si ☐ No ☒	¿En qué empresa?	Empleado ☐ Independiente ☐	Tipo de contrato

FOTOGRAFÍA
RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento Escuela El Carmen	Ciudad combita	Último grado cursado 5º	Fecha 1983
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 Fundación Bienestar Colectivo	Dirección cra 1 # 04-02	Teléfono(s) 3209560220	
Nombre de su jefe inmediato Santiago Medina	Cargo(s) desempeñado(s) por usted Manipuladora de Alimentos		
Funciones realizadas Entrega de refrigerios y preparación de Alimentos			
" Almuerzo " aseo de cocina y comedor			
Fecha de ingreso 01-02-2023	Fecha de retiro 14-06-2023	Sueldo inicial \$ minimo	Sueldo final o actual \$ minimo
Motivo del retiro Termino de contrato.			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)			
Nombre de la empresa Unidad Temporal Bienestar colectivo	Dirección cra 1 # 04-02	Teléfono(s) 3212828035	
Nombre de su jefe inmediato Santiago Medina	Cargo(s) desempeñado(s) por usted Manipuladora de Alimentos		
Funciones realizadas Entrega de refrigerios y preparación de Alimentos			
" Almuerzo " aseo de cocina y comedor			
Fecha de ingreso 15-06-23	Fecha de retiro 28-11-23	Sueldo inicial \$ minimo	Sueldo final \$ minimo
Motivo del retiro Termino de contrato			
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	
Segundo Hernandez	Jardinero		Jardineros LTDA	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad	
Jardinero	La cara	312 4920169	chig	
N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades		
0				
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio			
Mario beningna Garcia	Ama de Casa			

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Tianny Sarmiento	Asesora	Carrera 9#21-120	3143962199
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Eikin Hernandez	Auxiliar Calidad	Carrera 9#9-53	3143896689

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. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

C.C.

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
			Maria NE/13 Ruiz

REPUBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACION PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.437.809**
 RUIZ PINEDA

APELLIDOS
MARIA NELLY

NOMBRES
Maria Nelly Ruiz Pineda

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-1969**
COMBITA
 (BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 **O-** **F**
 ESTATURA * G.S. RH SEXO

18-AGO-1987 COMBITA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INOICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARBEL SANCHEZ TORRES




A-1500100-00090161-F-0023437809-20061007 0004079807A 1 1800002710

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: 23437809-48356

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	17 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MARIA NELLY RUIZ PINEDA	Identificación:	23437809
Género:	FEMENINO Edad: 54	Teléfono:	3103022123 Móvil: 3103022123
Fecha Nacimiento:	6/07/1969	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	CARRERA V4 A ESTE - 9-53	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	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.. USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA TRABAJAR
KOH DE UÑAS	NEGATIVO
FROTIS DE GARGANTA	NORMAL
COPROLOGICO	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
VISUAL	-	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.-

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



Maria Nelly Ruiz Pineda

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
MARIA NELLY RUIZ PINEDA
23437809



Baje gratis aplicativo para diligenciar
e imprimir esta hoja de vida en
www.formasminerva.com
o encuentrelo en www.aliadolaboral.com



7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
D	M	A	

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

I. DATOS PERSONALES

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	
Ruiz	Pineda	Rosa Elena	
Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?	
Auxiliar de Cocina	5 años	\$ 1'300.000	
Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil	
Combita - Boyaca	D 27 / M 08 / A 1974	Casada	
Dirección domicilio	Barrio	Teléfono	
CL 5 N 28 - 79 Conjunto San Valentin	El Cairo	3246838337	
Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°		
23438245			
Expedida en: Combita	Distrito N°	Primera clase:	Segunda clase:
Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono
	Si ☒ No ☐		
¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?	Empleado ☐	Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Independiente ☐	



II. EDUCACION Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
	Escuela El Carmen	Combita	Quinto	27-11-1987
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
	Jose Joaquin Casas	Chia	Once	07-12-2012
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Gimnasio Interactivo Kaisen	Chia	1	08-12-2012
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación		
	Tecnico en Asistencia a la primera infancia	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	Dirección	Teléfono(s)	
Union Temporal Bienestar Colectivo	Zona Industrial Samaria		
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted		
Santiago Medina	Auxiliar de Cocina		
Funciones realizadas			
Colaboracion con los labores de la cocina y entrega de Industrializado			
Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
06-06-2022	27-11-2022	\$ 1'000.000	\$ 1'000.000
Motivo del retiro			
Terminacion de Contrato			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)			
Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)	
Fundacion Bienestar Colectivo	Zona Industrial Samaria		
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted		
Santiago Medina	Auxiliar de Cocina		
Funciones realizadas			
Colaboracion con los labores de Cocina y entrega de Industrializado			
Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
19-01-2023	25-11-2023	\$ 1'160.000	\$ 1'160.000
Motivo del retiro			
Terminacion de Contrato			
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	☐
GANADERIA / AVICULTURA	☐	Cuero y Calzado	☐	Maquinaria	☐	HOTELES Y RESTAURANTES	☐	EDUCACION	☐
MINERIA	☐	Papel y Cartón	☐	Automotores	☐	TRANSPORTE	☐	SEGUROS	☐
PETROLEO / 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 RAIZ	☐		☐
Tabaco	☐	Vidrio, Cerámica y Cemento	☐	CONSTRUCCIÓN	☐	INFORMATICO	☐		☐

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) German Garauto Rojas		Profesión, ocupación u oficio Aux Servicios Generales		Empresa donde trabaja Universidad la Sabana	
Cargo actual Aux Servicios Generales		Dirección Km 21 Autopista Norte		Teléfono 8615555	
Ciudad Chia		N° de personas que dependen económicamente del solicitante 1		Parentesco Madre	
Edades 78 años		Nombre(s) padre(s) Jorge Ruiz Abril		Profesión, ocupación u oficio Fallecido	
		Maria Benigna Pineda		Ama de Casa	

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

1.-	Nombre Gladys Garcia Garcia	Ocupación Independiente	Dirección Cl 5 # 23-79	Teléfono 3107989853
2.-	Nombre Blanca Lucila Lopez	Ocupación Independiente	Dirección Cl 5 # 23-79	Teléfono 3133380613

VII. INFORMACION 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

Rosaelena Ruiz Pineda
C.C. 23438245

VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (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	
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐		Sueldo \$	
		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 **23.438.245**

RUIZ PINEDA

APELLIDOS

ROSA ELENA

NOMBRES

Rosadeno Ruiz pineda

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-1974**

COMBITA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

19-MAY-1995 COMBITA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500100-00027962-F-0023438245-20080721

0001336058A 1

1800003310

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: 23438245-48252

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	11 ene, 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	ROSA ELENA RUIZ PINEDA	Identificación:	23438245
Género:	FEMENINO Edad: 49	Teléfono:	3246838337 Móvil: 3246838337
Fecha Nacimiento:	27/08/1974	Cargo:	INDEPENDIENTE
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CALLE 5 # 2 B-79	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	PROTECCION 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., REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN MEDIANA, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA Y NUTRICIÓN EN EPS.
KOH DE UÑAS	NEGATIVO
FROTIS DE GARGANTA	NORMAL
COPROLOGICO	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
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.

Dr. Carlos A. Cantor H
Médico U. Nacional
Especialista Salud Ocupacional U.M.B.
L.S.O. 2969



Rosa Elena Ruiz

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
ROSA ELENA RUIZ PINEDA
23438245

HOJA DE VIDA

EMAIZA ESTHER SERRANO LAGUNA



DATOS PERSONALES

Teléfono de Contacto: 321 4361925 – 312 4369509

Correo electrónico: steffanisantiago@hotmail.com

Cédula: 45.743.694

Dirección: Chía, Cra. 5 Este #11-83. Barrio Samaria.

PERFIL LABORAL:

Bachiller con experiencia en la elaboración de alimentos, oficios varios, cuidado de menores y adulto mayor. Con habilidades y destrezas para trabajar con adaptabilidad, análisis de problemas, automotivación, atención al cliente, creatividad y con actitud positiva para recibir instrucciones y trabajar en equipo.

FORMACIÓN ACADÉMICA

MANIPULACION DE ALIMENTOS

Curso

Fecha finalización: 2018

BACHILLER ACADEMICO

Institución: Agustín Rangel

Estado: Graduado

Fecha finalización: 1998

EXPERIENCIA LABORAL

FUNBIENCOL

Manipuladora de alimentos: Preparación de alimentos para comedor estudiantil, aseo y desinfección de áreas.

Fecha: Junio a Diciembre 2022.

Contrato por obra o labor

SALSAMENTARIA PYENCO

Asesor comercial, atención al público, venta de alimentos perecederos y no perecederos, desinfección de áreas, manejo de dinero.

Fecha: Actualmente turnos Dominicales.

Jefe Inmediato: Johana Arboleda

Celular: 322 5138776

CUIDADO DE ADULTO MAYOR

Acompañamiento, preparación de alimentos, aseo de adulto mayor.

Fecha: 2019 al 2021

Jefe Inmediato: Milena Venegas

Celular: 311 4447998

REFERENCIAS

Claudia Venegas

Profesión: Operaria

Celular: 304 3532792

Luz Marina Ballesteros

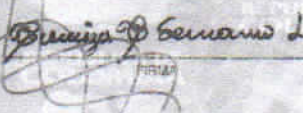
Profesión: Comerciante

Celular: 313 547310

Maryerlyn Santiago

Profesión: Patronista

Celular: 312 4907443

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
45.743.694
NUMERO
SERRANO LAGUNA
APELLIDOS
EMAIZA ESTHER
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1969
CURUMANI
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-MAY-1992 MORALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMARAZ RENGIFO LOPEZ

A-1222500-37117039-F-0045743694-20040102 0224103364H 02 106209483

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: 45743694-48359

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	17 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	EMAIZA ESTHER SERRANO LAGUNA	Identificación:	45743694
Género:	FEMENINO Edad: 54	Teléfono:	3214361925 Móvil: 3214361925
Fecha Nacimiento:	22/12/1969	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	VIUDO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	CARRERA 5 ESTE 11 83 VEREDA SAMARIA	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.
COPROLOGICO	NEGATIVO
PROTIS DE GARGANTA	NORMAL
KOH DE UÑAS	NEGATIVO

CONCEPTO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: EXAEN MEDICO OLCUPACIONAL 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
NUTRICIÓN	-	PPyP
VISUAL	-	PPyP

Información de Remisiones

MÉDICO GENERAL

NUTRICIONISTA

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN 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.
2969



Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
EMAIZA ESTHER SERRANO LAGUNA
45743694

Sandra Patricia Vargas Vargas

Técnica Auxiliar Administrativa



✉ Sandrapvv@hotmail.com

☎ 310 568 21 23

📍 Chía, Cundinamarca, Colombia

PERFIL

Me considero una persona responsable, creativa, organizada, puntual.

Asumo con agrado los retos, además de tener buen manejo de relaciones interpersonales con facilidad de trabajar en equipo, así como también resolver problemas eficientemente y lograr metas trazadas por la empresa y mi grupo de trabajo.

HABILIDADES

- » Trabajo en equipo
- Puntualidad
- Compromiso
- Dinamismo
- Creatividad

EXPERIENCIA LABORAL

UNION TEMPORAL BIENESTAR COLECTIVO

Auxiliar de cocina | Chía, Cundinamarca

Marzo 2023- Noviembre 2023

Jefe Inmediato: Santiago Medina

Tel: 3212828030

ZEOTROPIC

Coordinadora de producción | Chía, Cundinamarca

Enero 15 2020- Febrero 2023

Jefe: Lina Rodriguez

Tel: 3134399930

FUNDACION COLOMBIANA DE GESTION Y PROGRESO SOCIAL

Auxiliar de cocina | Chía, Cundinamarca

Octubre 2018- Diciembre 2019

Jefe: Maria de Lourdes

Tel: 3114482846

EDUCACIÓN

Título: Técnica Auxiliar Administrativa

Thomas Moro

2018

Bachiller Comercial

Instituto CEAM

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre – Johanna Dueñas

Teléfono: 3224359810

REFERENCIAS LABORALES

Nombre – Natalia Gómez

Teléfono: 3228863953

Email:

Nombre – Lina Rodríguez

Teléfono: 3134399930

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.756.113**

VARGAS VARGAS

APELLIDOS **SANDRA PATRICIA**

NOMBRES

FIRMA *Sandra P Vargas S.*



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-NOV-1970**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

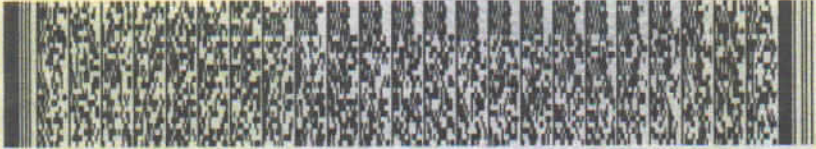
1.60 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-ABR-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1505500-00062422-F-0039756113-20080901 0002854076A 1 1810003123

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 - 2989/19

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 39756113-48287

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	15 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	SANDRA PATRICIA VARGAS VARGAS	Identificación:	39756113
Género:	FEMENINO Edad: 53	Teléfono:	3105682123 Móvil: 3105682123
Fecha Nacimiento:	18/11/1970	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	CALLE 21 7 28	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	COLFONDOS
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.

Signature of Dr. Carlos Arturo Cantor Herrera
CRA 7A 8 72 TELEFONOS: 8631240-8615434-(317)746-2047 MAIL: diagnosticomva08@gmail.com



Signature of Sandra Patricia Vargas Vargas

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969

Firma y cédula del Paciente
SANDRA PATRICIA VARGAS VARGAS
39756113



7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Chia Cundinamarca	18/01/2024	Auxiliar Servicios generales	

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	
Velasquez	Hendietta	Sandra Hilena	
Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuanto es su aspiración salarial?	
Ama de casa	2 años	\$ Asignado	
Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(**) Estado civil	
Facatativa Cundinamarca	28/10/2002	Soltera	
Dirección domicilio	Barrio	Teléfono	
Carrera 6 #21A-24	Los Churos	3023716876	
Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°		
1003626181			
Expedida en:	Distrito N°	Primera clase:	Segunda clase:
Quipile Cund.			
Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono
	Si ☐ No ☒	Raul Prieto Gomez	
¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?	Empleado ☒ Independiente ☐	Valor del arriendo
Si ☐ No ☒			\$600.000

FOTOGRAFÍA
RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

II. EDUCACION Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
	I.E.D Jose Manuel Duarte	Quipile Cund.	5°	2012
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
	Institución Zoraida Ciudad de Sierra	Madrid Cund.	11°	2019
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

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)	
	Cl.10 #6a-15 Chia	3203626638	
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted		
Sofra Carrion	Auxiliar de Servicios generales		
Funciones realizadas			
ASEO, desinfección en apartamento (Bano, cocina, habitaciones).			
Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
		\$	\$
Motivo del retiro			
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		Ciudad	
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco		Edades		
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio			
Silvia Ines Glendeta Torres		Independiente			
Lisandro Velasquez Gomez		Independiente			

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Jhon Alexander Forero	Auxiliar de Compras	Cra 14e #10-27 chía.	3123153417
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Farel Cante Guevara	Independiente	Quipile Curd.	3112892537

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

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

Hilena Velasquez
C.C. 7003626151

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

Concepto primer entrevistador:			
		Va. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
		Va. 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.003.626.151**
VELASQUEZ MENDIETA

APELLIDOS
SANDRA MILENA

NOMBRES

Sandra Velasquez
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-OCT-2002**

QUIPILE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

10-NOV-2020 QUIPILE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1521400-01184849-F-1003626151-20201203

0072687958A 1

55877113



P. S. Ocupacional S.A.S NIT: 900874685-1

Dra. Patricia Suarez N.

Medica especialista en Salud Ocupacional

CONCEPTO DE APTITUD MANIPULADOR DE ALIMENTOS

No 01-2024

FECHA:	17 de enero de 2024	ENTIDAD:	LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO G Y P
APELLIDOS:	VELASQUEZ MENDIETA	NOMBRES:	SANDRA MILENA
CEDULA:	1003626151	EDAD:	21 AÑOS
EMPRESA:	PARTICULAR		

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

Fecha de los laboratorios:	17 de enero de 2024
KOH uñas, Frotis de Garganta, Coprológico:	Satisfactorios ☒ No Satisfactorios ☐

CONCEPTO MÉDICO DE ACUERDO CON LOS LABORATORIOS

Puede manipular alimentos:	Sí: ☒ No: ☐
----------------------------	--

TRATAMIENTO

No requiere

Dra. Patricia Suarez N.
Medica Especialista en Salud Ocupacional
P.S. Ocupacional

Medico Patricia Suarez N.

R.M. 542/96



GRACIELA VIDES RODRÍGUEZ

BACHILLER

✉ graciela_vides_17@hotmail.com

☎ 3213918349

📍 Vereda Tiquiza, Chia, Cundinamarca ,
Colombia

HABILIDADES

Técnico

Auxiliar En

Primera

Infancia

PASATIEMPOS

Disfrutar Tiempo Con Mi Familia

Seguir Estudiando

REFERENCIAS

Diovanis Rojas

Todero

diovanysrojas@hotmail.com

3203906251

Karime Beltran

Manipuladora De Alimentos

322 4123232

OBJETIVO

Creer profesionalmente, dar lo mejor de mí en cada puesto de trabajo que ocupo.

EXPERIENCIA

02/2023-11/2023

Manipuladora De Alimentos

Funbiencol

Programa PAE- Colegio FAGUA NUEVA

04/2022-12/2022

Servicios Generales

Eminser

Aseo a zonas comunes

06/2021-03/2022

Servicios Generales

Colegio Jorbalan

Aseo en áreas comunes

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.019.148.599

VIDES RODRIGUEZ

APELLIDOS

GRACIELA

NOMBRES

REPÚBLICA DE
COLOMBIA

Graciela

Vides





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

18-FEB-1991

GUAMAL
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G.S. RH

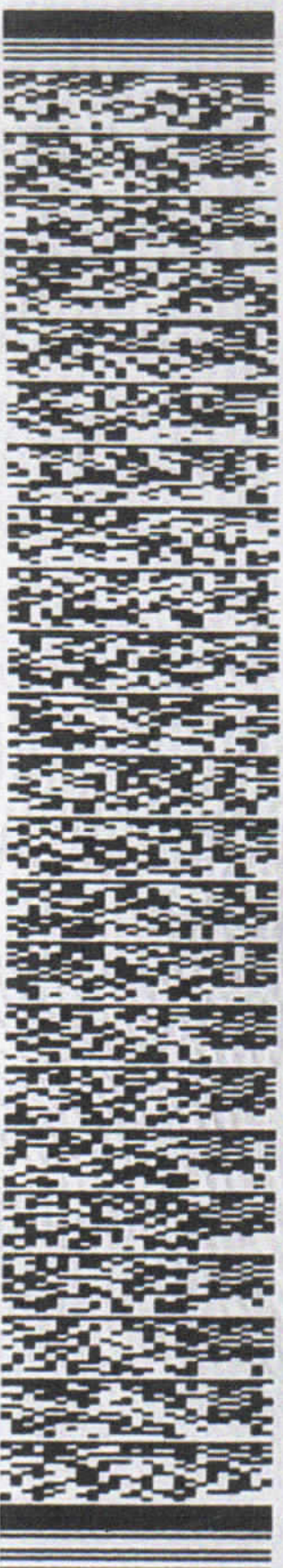
F

SEXO

18-MAY-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1500150-00922107-F-1019148599-20170718

0056410521A 2

48647147

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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: 1019148599-48294

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	15 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	GRACIELA VIDES RODRIGUEZ	Identificación:	1019148599
Género:	FEMENINO Edad: 32	Teléfono:	3213918349 Móvil: 3213918349
Fecha Nacimiento:	18/02/1991	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	VEREDA TIQUIZA SECTOR EL PUNTO DE ENCUENTRO	ARL:	SURA
Escolaridad:	SECUNDARIA	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
KOH DE UÑAS	NEGATIVO
FROTIS DE GARGANTA	NORMAL

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.
CRA 7A 8 72Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969Firma y cédula del Paciente
GRACIELA VIDES RODRIGUEZ
1019148599

DATOS PERSONALES

NOMBRE: Ángela Patricia Alonso Castro
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.075.659.897
FECHA DE NACIMIENTO : 21-10-1989
LUGAR DE NACIMIENTO: Zipaquirá
ESTADO CIVIL: Soltera
DIRECCIÓN: calle 4 # 0-44
CELULAR: 3138359833
E-MAIL: yayangela1021@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios Secundarios: Bachiller Técnico

Colegio/Instituto: Institución Educativa Departamental De Cundinamarca

Lugar: Zipaquirá.

Año: 2007

EXPERIENCIA LABORAL

Nombre empresa: Unión Temporal Unidos somos más

CARGO: Economa

JEFE INMEDIATO: Indira León

TELEFONO: 3202474034

TIEMPO LABORADO: Desde: 23-08-2023 **hasta:** 23-11-2023

FUNCIONES REALIZADAS:

Alistamiento y entrega de raciones industrializadas

Almacenar adecuadamente y verificar las diferentes materias primas que ingresan al restaurante escolar.

Diligenciar adecuadamente los diferentes formatos del plan de saneamiento básico

Limpiar y desinfectar las diferentes áreas, equipos, utensilios entre otros.

Nombre empresa: Unión temporal Alimentando Sueños

CARGO: Economa

JEFE INMEDIATO: Indira León

TELEFONO: 3202474034

TIEMPO LABORADO: Desde 13-09-2022 **hasta:** 16-06-2023

FUNCIONES REALIZADAS:

Alistamiento, preparación y dosificación de alimentos.

Toma de contramuestras.

Controlar temperatura de alimentos y equipos de refrigeración y congelación

Almacenar adecuadamente, rotular y verificar las diferentes materias primas que ingresan al restaurante escolar.

Diligenciar adecuadamente los diferentes formatos del plan de saneamiento básico

Limpiar y desinfectar las diferentes áreas, equipos, utensilios entre otros.

Nombre empresa: Unión Temporal Zipaquirá Saludable

CARGO: Economa

JEFE INMEDIATO: Ernesto Guevara

TELEFONO: 3102335802

TIEMPO LABORADO: Desde: 21-01-2022 **hasta** 12-09-2022

FUNCIONES REALIZADAS:

Alistamiento, preparación y dosificación de alimentos.

Toma de contramuestras

Controlar temperatura de alimentos y equipos de refrigeración y congelación

Almacenar adecuadamente, rotular y verificar las diferentes materias primas que ingresan al restaurante escolar.

Diligenciar adecuadamente los diferentes formatos del plan de saneamiento básico

Limpiar y desinfectar las diferentes áreas, equipos, utensilios entre otros.

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre y apellidos: Luz Irma Soacha Wiches

Correo electrónico: luz.i.soacha@hotmail.com

Cel: 3228914530

Nombre y apellidos: José Ignacio Castro Orjuela

Correo electrónico: nachoorjuela@gmail.com

Cel: 3138359833

Nombre y apellidos: Carlos Medina Salcedo

Correo electrónico: carlosmedinasalcedo.28@gmail.com

Cel: 3223059070

ANGELA ALONSO CASTRO

FIRMA

NOMBRE Y APELLIDO: Angela Patricia Alonso Castro

CC No 1'075.659 897

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.659.897
ALONSO CASTRO

APELLIDOS

ANGELA PATRICIA

CONJUNTES

ANGELA PATRICIA ALONSO



FECHA DE NACIMIENTO 21-OCT-1989

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

A-

G.S. RH

F

SEXO

21-DIC-2007 ZIPAQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANTONIO SANCHEZ TORRES

BOLETO DERECHO



P-1534000-00106021-F-1075659897-20081021

0004662170A 3

25875232



Dr. Fernando Álvarez Gómez

Escuela de Medicina Juan N. Corpas
RM. 25488-98
Especialista Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional
RSO 25619

Paciente: Angela Patricia Alonso Castro
Fecha: 20 - Febrero - 2023 Identificación: 1075659887

Certifico que:

El colaborador mencionado, presenta exámenes de laboratorio y concepto medico, dentro de los límites normales, por tanto se considera sin restricciones para optar a curso y labores concernientes con actividades económicas que impliquen Manipulación de Alimentos.

Firma Profesional _____

Calle 7 N° 9 - 78, Zipaquirá - Cundinamarca. Cel. 310 7568041



Dr. Marby Castillo
Bacterióloga U.C.M.C. Registro No. 251926

Laboratorio Clínico

Registro de Salud 2589951962011

SEDE: Principal

Página: 1

Paciente: ANGELA PATRICIA ALONSO CASTRO
Edad: 33 A Sexo: F Identificación: 1075659897
Teléfonos: 3138359833
Empresa: MANIPULACION LAB

Recepción: 10948 Sala: N/A
Fecha rcp: 20/02/2023 2:34:01 p. m.
Médico: No Asignado

ESPECIALISTAS

1 CERTIFICADO MANIPULACION Observaciones

Resultado

Valores de referencia

VER ANEXO

Microbiología

2 GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO COLORACION DE GRAM

Cocos Gram Positivos

Bacilos Gram Negativos

Reacción Leucocitaria

(+)

(++)

Ausentes

3 Koh de uñas

KOH UÑAS DIRECTO

Blastoconidias

Pseudomicelios

No Se Observan

No Se Observan

Parasitología

4 COPROLOGICO

Estudio MACROSCOPICO

Color

Consistencia

pH

Estudio MICROSCOPICO

Flora Bacteriana

EXAMEN PARASITOLOGICO

Protozoos y/o Helmintos

NO SE OBSERVAN PARASITOS INTESITNALES EN LA MUESTRA EXAMINADA

Carmelita

Blanda

6

5 a 7

NORMAL

No se observan

Dr. MARBY CASTILLO
BACTERIOLOGA U.C.M.C.
Reg. 251926

"CUALQUIER ENMIENDADURA EN ESTE REPORTE HACE QUE PERDA VALIDEZ"

Carrera 7 No. 9 - 09 La Floresta Zipaquirá (Cund) 311 860 9410

Calle 4 N° 5 - 29 CC La Virgen Nemocón (Cund) 3006176359

Cel - Whats 3112035918

E-mail: labelluicio@gmail.com

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRE: María Del Pilar Roa Niño
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 35.198.849 de Chía (Cundinamarca)
DIRECCIÓN: Calle 31# 0-108 Chía (Cundinamarca)
TELÉFONOS: **WS:** 3165182693 - **Móvil:** 3184509145
CORREO: mariadelpillarroanino2@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Persona honesta con total compromiso y responsabilidad. Buenas relaciones interpersonales y disponibilidad de trabajo en equipo.
Actitud de liderazgo e iniciativa de continuo aprendizaje, capaz de dar valor agregado a la organización mediante nuevas ideas y soluciones a problemas.

FORMACIÓN ACADÉMICA

ESTUDIOS PRIMARIOS: INSTITUCION EDUCATIVA BOJACA
(Chía-Cundinamarca)
1995

ESTUDIOS SECUNDARIOS: INSTITUCION EDUCATIVA BOJACA
(Chía-Cundinamarca)
2021-Once

CURSOS: FUNDACION UNIVERSITARIA UNIHORIZONTE
(Bogotá-Colombia)
2023

- ✓ Curso de Higiene, manipulación de alimentos y buenas prácticas de manufactura

EXPERIENCIA

Nombre: Héctor Vásquez
Jefe inmediato: Héctor Eladio Vásquez
Teléfono: 3114695376
Cargo: Operario de producción
Tiempo: 5 años
Funciones:

- Clasificación, identificación del producto en malo y buen estado, empaque y marcación de los productos.
- Pesaje de acuerdo a las solicitudes de cada uno de los clientes y/o órdenes de pedido.
- Manejo del inventario.
- Cargue para distribución de los productos.
- Recepción de llamadas y envío de información de correo de cada uno de los proveedores.

Nombre: Jardines de chía
Jefe inmediato: Marcela Sampedro
Teléfono: 3208056631
Cargo: Operaria
Tiempo: 9 años

Nombre: Bingo El Emperador
Jefe Inmediato: Jairo Garzón
Teléfono: 3224375477
Cargo: Relacionista
Tiempo: 6 años

Nombre: Appenzell/ Productos Alimenticios
Jefe Inmediato: Paola Quiñones
Teléfono: 311-8183284

REFERENCIAS FAMILIARES

YERSON FABIAN ROA NIÑO

Operario

Teléfono: 310-6877959

NELCY DANIELA DUARTE ROA

Operaria

Teléfono: 313-8491407

LUIS ARTURO ROA NIÑO

Ingeniero Logístico

Teléfono: 311-2061187

REFERENCIAS PERSONALES

JENNIFER ALEJANDRA ROBAYO

Tecnóloga en Gestión Administrativa

Teléfono: 302-3286586

YEIMMY JOHANNA PEÑUELA CASTRO

Contadora

Teléfono: 320-3827243

ELDA LOZANO

Teléfono: 320-2211632

Maria del Pilar Roa Niño

MARIA DEL PILAR ROA NIÑO

C.C 35.198.849 Chía (Cundinamarca)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **35.198.849**

ROA NIÑO

APELLIDOS

MARIA DEL PILAR

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1982**

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

20-NOV-2000 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



A-1505500-01270206-F-0035198849-20211130

0077026075A 1

8502495888

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: 35198849-48485

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 24 ene. 2024 - CHÍA
Paciente: MARIA DEL PILAR ROA NIÑO
Género: FEMENINO **Edad:** 41
Fecha Nacimiento: 6/10/1982
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CALLE 31 # 0 - 108
Escolaridad: SECUNDARIA
Empresa: PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 35198849
Teléfono: 3165182693 **Móvil:** 3165182693
Cargo: INDEPENDIENTE
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

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.
KOH DE UÑAS	NEGATIVO
FROTIS DE GARGANTA	NORMAL
COPROLOGICO	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
VISUAL		PPyP

Información de Remisiones

NUTRICIONISTA

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

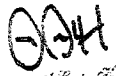
CONSENTIMIENTO

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..'

 Médico Especialista en Salud Laboral CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA 2969		Maria del Pilar Roa Niño Firma y cédula del Paciente MARIA DEL PILAR ROA NIÑO 35198849
---	---	---

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira
----------------	------------------------------

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Quinoz Trillo		Nombre(s) del aspirante Shirley Isabel	
Fecha de Nacimiento D M A	Lugar de Nacimiento	Ciudad	
07 06 1989	Magangue - Bolivar	Chia Condinamarca	
Dirección domicilio / Barrio		No. Celular	
Varela fonqueta sector santa barbara		3196680719- 3217684321	
Teléfono		Nacionalidad	
maanicol2007@gmail.com		Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
manipuladora de alimento		union libre	2 años
DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995			
Cédula de ciudadanía: ☒ N° 1102828438	(**) Libreta militar N°		Primera clase: ☐
Extranjería: ☐ Expedida en: Sinclair - Sucre	Distrito N°		Segunda clase: ☐
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si ☐ No ☐	Licencia de conducción N°	Categoría



II. PERFIL LABORAL

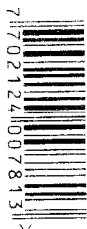
Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Soy una Persona muy Responsable amable y muy Respetuosa me gusta TRABAJAR EN EQUIPO y RESPETAR a Los Demas Persona

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☐ No ☒	¿En qué empresa?	Empleado ☐ Independiente ☐	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☐ No ☒	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si ☐ No ☒	Fecha D M A	Nombre Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No ☒	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☐ Amigo ☐ Redes Sociales ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o otro destino al iniciarse el contrato? Si ☐ No ☒	Vive en casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☐	Nombre del arrendador Carolina Cifuentes	Teléfono ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 año
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☒	Describa e indique su valor mensual A convenir	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 600.000	
¿Por qué conceptos? Arriendo, gastos Personales		¿Cuánto es su aspiración salarial? 1.300.000	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si ☐ No ☒	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si ☐ No ☒ ¿Cuál(es)?			

502016530



Nombre de la empresa Summae Productividad		Actividad Económica Centro Chio		Dirección Centro Chio		Teléfono(s) 654 09 99	
Cargos desempeñado(s) por usted Auxiliar Servicio generales		Área del cargo CINE	Fecha Ingreso 20/06/21	Fecha Retiro 01/12/21	Sueldo Inicial \$ 681.395	Sueldo Final \$ 681.395	
Funciones realizadas limpieza de area y Desinfección							
Nombre de su jefe inmediato Taibee Perez				Cargo Supervisor			
Logros obtenidos Experiencia laboral							
Tipo de contrato		Indefinido ☐		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa ☐	
Fijo ☐		6 meses		Contrato por medio de agencia ☐		Otro ☐ ¿Cual? Obro labor	
Horario de trabajo		Tiempo completo ☐		1/2 Tiempo ☒		Por horas ☐	
Motivo del retiro		Jornada:		Diurna ☐		Nocturna ☐ Otra jornada ☐	
Motivos Personales							

Nombre de la empresa Staffign de Colombia		Actividad Económica Banco		Dirección Banco		Teléfono(s) 454.263	
Cargos desempeñado(s) por usted Auxiliar de Servicio generales		Área del cargo Banco	Fecha Ingreso 06/04/20	Fecha Retiro 08/04/2021	Sueldo Inicial \$ 454.263	Sueldo Final \$ 454.263	
Funciones realizadas Aseo Desinfección Cafeteria							
Nombre de su jefe inmediato Nancy villamil				Cargo Supervisora			
Logros obtenidos Experiencia laboral							
Tipo de contrato		Indefinido ☐		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa ☐	
Fijo ☒		6 meses		Contrato por medio de agencia ☐		Otro ☐ ¿Cual? Obro labor	
Horario de trabajo		Tiempo completo ☐		1/2 Tiempo ☒		Por horas ☐	
Motivo del retiro		Jornada:		Diurna ☐		Nocturna ☐ Otra jornada ☐	
Terminación de contrato							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre DIOMEDES JIMENEZ DIAZ	Ocupación GUARDA	Dirección VEREDA FONQUETA
			Teléfono 313 445 992 23
2.	Nombre LEONARDO PEREZ	Ocupación OPERARIO	Dirección VEREDA FONQUETA
			Teléfono 312 224 9497
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre ABOLDO ANTONIO JIMENEZ	Ocupación GUARDA	Dirección VEREDA FONQUETA
			Teléfono 310 330 9129
2.	Nombre MARIA RODRIGUEZ	Ocupación ESTUDIANTE	Dirección VEREDA FONQUETA
			Teléfono 322 444 7095

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



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. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante Shirley Quiroz c.c. 1102 828 438 sjo.
---	---	---

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.102.828.438

QUIROZ TRILLOS

APELLIDOS

SHIRLEY ISABEL

NOMBRES

SHIRLEY QUIROZ TRILLOS

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1989

MAGANGUE
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 AB+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-ENE-2008 SINCELEJO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2800100-00149710-F-1102828438-20090207 0009898667A 1 26765198

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: 1102828438-48483

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	24 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	SHIRLEY ISABEL QUIROZ TRILLOS	Identificación:	1102828438
Género	FEMENINO Edad: 34	Teléfono	3196650719 Móvil: 3196650719
Fecha Nacimiento:	7/06/1989	Cargo:	INDEPENDIENTE
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SANTAS S.A.
Dirección	VEREDA FONQUETA SECTOR SANTA BARBARA	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa	PARTICULAR		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969



Firma y cédula del Paciente
SHIRLEY ISABEL QUIROZ TRILLOS
1102828438



Rosa Elena Ortega Orozco
Cra 7 # 5-59 El Campinsito
Chía, Cundinamarca
3112903170

Perfil Laboral

Egresada de bachiller en la Institución Álvaro Ulcue Chocue, con 4 años de experiencia en Buque Rio Frio y 1 año de experiencia en el Programa de Alimentación Escolar (PAE); con habilidad de laborar bajo un grado de responsabilidad, respeto y determinación, dedicada en cada una de las labores asignadas con facilidad para trabajar bajo presión, dinamismo, orientación al logro, actitud de servicios y toma de decisiones.

Formación Académica

BACHILLER

Nivel educativo: Media (quinto)

Institución: Álvaro Ulcue Chocue

Experiencia Laboral

Tipo experiencia laboral: Asalariado

Nombre de la empresa: Buque Rio Frio

Tiempo: 4 años

Funciones y logros: Operaria de flores

Experiencia Laboral

Tipo experiencia laboral: Asalariado

Nombre de la empresa: Programa de Alimentación Escolar (PAE)

Jefe Inmediato: Santiago Medina

Tiempo: 1 año

Teléfono: 321 282 8035

Funciones y logros: Manipuladora de alimentos



Referencias Personales

Liliana Rangel Peña

Teléfono: 300 955 8650

Referencias Familiares

Bárbara Orozco de Ruiz

Teléfono: 320 560 0455

Rosa Elena Ortega Orozco
C.C 1003060239 Córdoba

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.003.060.239**
ORTEGA OROZCO

APELLIDOS
ROSA ELENA

NOMBRES
Rosa Ortega.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-MAY-1996**

CHIMA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

29-MAY-2014 COROZAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2804000-01118650-F-1003060239-20191210 0069240370A 1 9911042417

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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: 1003060239-48472

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	23 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	ROSA ELENA ORTEGA OROZCO	Identificación:	1003060239
Género:	FEMENINO Edad: 27	Teléfono:	3112903170 Móvil: 3112903170
Fecha Nacimiento:	8/05/1996	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	CALLE 7 5 95	ARL:	SURA
Escolaridad:	PRIMARIA	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.

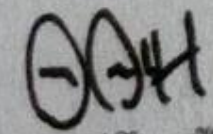
CONSENTIMIENTO

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.

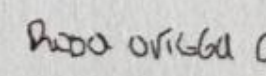
LEY HABEAS DATA:

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..'


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



Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969


Firma y cédula del Paciente
ROSA ELENA ORTEGA OROZCO
1003060239