

Idanis Patricia Acuña Rodríguez

cc. 1004319207

de Bogotá

[Dirección]

Vereda Tiquiza Sector la
Capilla

Teléfono: 3216796183

[Correo electrónico]

Idanisr3@gmail.com

PERFIL

FORMACIÓN ACADEMICA

2024: Bachiller
(En Curso)

EXPERIENCIA

Fecha de inicio: 17/09/2024

Fecha de culminación: 27/10/2024

Manipuladora de alimentos

Unión Temporal Ideando Soluciones

Fecha de inicio: Marzo 2024

Fecha de culminación: Mayo 2024

Cajera

Carulla

Descripción:

**Soy Responsable, activa, puntual,
Buen trabajo en equipo.**

REFERENCIA LABORAL

Angélica Segura: 3204231958.

REFERENCIA PERSONAL

Geraldin Figueroa: 3216263975

Germaris Tribiño: 3152606156

Idanis Patricia Acuña

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-2001

GUAMAL
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

28-MAY-2019 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS VALDEZ VARGAS



P-1500150-01077758-F-1004319207-20190627

0065623003A 1

S2056090

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.004.319.207

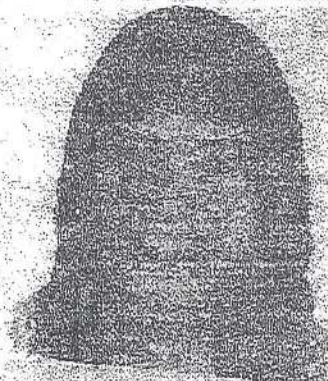
ACUÑA RODRIGUEZ

APELLIDOS

IDANIS PATRICIA

NOMBRES

Idanis Acuña



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS



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



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1004319207-123708

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO MANIPULACION DE ALIMENTOS
Paciente:	IDANIS PATRICIA ACUÑA RODRIGUEZ	Identificación:	1004319207
Género:	FEMENINO Edad: 23	Teléfono:	no Móvil: 3216796183
Fecha Nacimiento:	1/02/2001	Cargo:	ECONOMATO
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SUSALUD - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE
Dirección:	TIQUIZA SECTOR LA CAPILLA	ARL:	SÉGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS -	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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

[Firma]

Dr. Diana Carolina Tenjo C.
Médico Especialista en Salud Laboral
Cra. 18 No. 18 - 40 (Barrio San Francisco) Chia - Cund. Tel: 8855989 304617777 E-Mail: asistente@accionarsalud.com.co

Médico Especialista en Salud Laboral
DIANA CAROLINA TENJO CALDERON
25-4999/2015 53910636



[Firma]

Firma y cédula del Paciente
IDANIS PATRICIA ACUÑA RODRIGUEZ
1004319207

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA
VEREDA DE TIQUIZA DEL MUNICIPIO DE CHÍA CUNDINAMARCA**

CERTIFICA

Que la persona relacionado a continuación, residen en esta vereda desde hace 2 meses en el sector La Capilla.

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
IDANIS PATRICIA	ACUÑA RODRÍGUEZ	CC 1004319207

Dada en Chía Cundinamarca a los 14 días del mes de Noviembre del 2024.

Cordialmente:



HECTOR ROJAS CABRA
Presidente
Junta De Acción Comunal
Vereda Tiquiza
Cel.: 313 226 7116



Email; jacveredatiquiza@hotmail.com

MAIRA ALEJANDRA ARCINIEGAS BERMÚDEZ

CC. 1105680453

de espinal

[Dirección] carrer.
[Correo electrónico. Maira.arciniega.bermudez@gmail.com]

PERFIL

[Teléfono] 3102145336

soy una persona integrada y responsables ,abedesco ,honesta puntual, respeto las normas que me dan

EXPERIENCIA

FORMACIÓN

ACADEMICA

UT ANDREA

Lina Socha

apenzell

Paola quiñonez

REFERENCIA LABORAL

Lina Socha
3204667703

Paola Quiñonez
3118183284

REFERENCIA PERSONAL

Jacqueline Bermúdez
3118654781
empleada déstica st

FIRMA



c.c.

1105680453

de espinal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NO. 1.105.680.453
ARCINIEGAS BERMUDEZ

MADRA ALEJANDRA



[Handwritten signature]

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
ESPINAL
(TOLIMA)

06-DIC-1989

LUGAR DE NACIMIENTO
1.60

O-

F

ESTATURA G.S. RH

SEXO

05-JUN-2008 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1505500-00733116-F-1105680453-20150813

0045803239A 1

1803494665

Printed by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1105680453-123850

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MAIRA ALEJANDRA ARCINIEGAS BERMUDEZ	Identificación:	1105680453
Género:	FEMENINO Edad: 34	Teléfono:	NO TIENE Móvil: 3102145336
Fecha Nacimiento:	6/12/1989	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	CRA 14 # 15 -51	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO AUDICION NORMAL BILATERAL
VISIOMETRIA	USO DE EPP VISUAL. PAUSAS VISUALES. CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 1 DOSIS DE JANSSEN
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones: CONTROL Y SEGUIMIENTO POR PROGRAMA DE NUTRICION DE EPS REALIZAR PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE DIETA BALANCEADA REALIZAR ACTIIVDAD FISICA 150 MNITOS SEMANALES

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

Información de Remisiones

NO

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14



Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-3021/2014 79045474

Maira Alejandra Arciniegas Bermudez

Firma y cédula del Paciente
MAIRA ALEJANDRA ARCINIEGAS BERMUDEZ
1105680453

**LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA BOJACÁ DEL MUNICIPIO
DE CHÍA.**

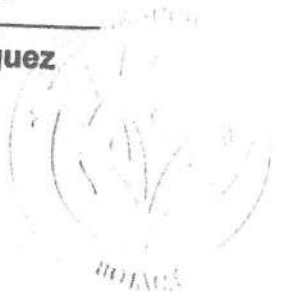


HACE CONSTAR

Que **MAIRA ALEJANDRA ARCINIEGAS BERMUDAS** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.105.680.453, es vecina y residente en esta vereda desde hace **DOS (2)** meses y su domicilio está ubicado en el Conjunto San Germán, manzana H, casa 112 de la vereda Bojacá, sector **TRES ESQUINAS** del municipio de Chía, departamento de Cundinamarca.

Expedida en Chía, a los 18 días del mes de noviembre de 2024.

Pablo Enrique Gómez Rodríguez
PRESIDENTE J.A.C
C.C 79.186.201
CEL. 310 5591745



Si no tiene sello no tiene ninguna validez

MARIA DEL CARMEN
ARIZAVERGARA

C.c35413175 de ZIPAQUIRACUNDINAMARCA

Teléfono:
3012921614

Barrio Mercedes
de C carrera
6#29-56

PERFIL

PERSONA COMPROMETIDA CON CADA LABOR, DISPUESTA
APRENDER Y TRABAJO EN EQUIPO

FORMACIÓN
ACADEMICA —
: PRIMARIA

EXPERIENCIA

Cargo: Manipuladora de
alimentos
Nombre empresa: Unión
Temporal Ideando Soluciones.

Fecha de Inicio: 16/06/2023 fecha de
Finalización: 25/11/2023

Cargo: Economa
Nombre de la Empresa: CASA
LIMPIA
U.T ANDREA: ECONOMA

REFERENCIA
LABORAL

Angélica Segura: 3204231958
MARTHA BIBIAN CAÑAS : 3123269001

REFERENCIA
PERSONAL

MARIA CAMILA PARRA .3013974475



CC35413175DE
ZIPAQUIRA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 35.413.157
ARIZA VERGARA

APELLIDOS
MARI DEL CARMEN

NOMBRES

Mari del Carmen Ariza Vergara
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1969
VILLET
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

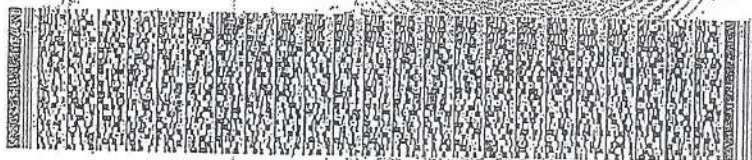
O+
G.S. RH

F
SEXO

14-DIC-1987 ZIPAGUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1505500-00549581-F-0085413157-20140224-0037384704A-2-1802744495
MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35413157-123822

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MARIA DEL CARMEN ARIZA VERGARA	Identificación:	35413157
Género:	FEMENINO Edad: 55	Teléfono:	no Móvil: 3012921614
Fecha Nacimiento:	26/07/1969	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	CALLE 32 N 1 58 MERCEDES DE CALAHORRA	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS -	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 2 DOSIS DE ASTRAZENECA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones: CONTROL Y SEGUIMIENTO POR PROGRAMA DE NUTRICION DE EPS PAUSAS ACTIVAS HIGIENE OSTURAL DIETA BALANCEADA ACTIVIDAD FISICA 150 MINITOS SEMANALES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
VISUAL	-	PPyP
CARDIOVASCULAR	-	PPyP

Información de Remisiones

CARDIOLOGIA

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14

Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-3021/2014 79045474



Maria del Carmen Ariza Vergara



Firma y cédula del Paciente
MARIA DEL CARMEN ARIZA VERGARA
35413157



MERCEDES DE CALAHORRA



**LA JUNTA DE ACCION COMUNAL DEL BARRIO MERCEDES DE
CALAHORRA CHIA**

CERTIFICADO DE VECINDAD

Que el (la) señor (a) **MARIA DEL CARMEN ARIZA VERGARA** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° **35.413.157**; reside en la **Calle 32 # 1 – 58** int 12, del barrio desde hace 10 años, lo anterior para que presente en constancia a solicitud del interesado. (TRABAJO)

Se expide en Chía, Cundinamarca a los 31 días del mes de Octubre del 2024

Atentamente


JIMMY BELTRAN RAMOS
Presidente De Junta De Acción Comunal
Cel: 3112313423
Email: jaccalahorra2022@gmail.com

**PERSONERIA JURIDICA 004005 DICIEMBRE 22 DE 1981
CALLE 30 N° 1ª-48 MERCEDES DE CALAHORRA
CHIA, CUNDINAMARCA**

CLARA YANETH AYALA CASTRO

c c . 3 3 3 7 5 3 8 9 D E T U N J A

VEREDA BOJACA
SAN GERMAN CASA 112

3208614395

PERFIL

Tecnologo en cocina respetuosa con habilidades creativas y amor por mi labor, con buen trabajo en equipo seguimiento de instrucciones y buena actitud para el trabajo..

EXPERIENCIA

Sena servicio nacional sena—tecnologo en cocina- pasteleria basica
Liceo Campestre Oxford. Auxiliar de cocina.
Andres Carne de res Auxiliar de cocina

REFERENCIA LABORAL

Laura Carolina Martinez cel: 3122814064

REFERENCIA PERSONAL

Lina Rocio Ayala cel: 3132532153

CLARA YANETH AYALA CASTRO C.C. 33.375.389 DE TUNJA

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 33375389-123840

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	CLARA YANETH AYALA CASTRO	Identificación:	33375389
Género:	FEMENINO Edad: 40	Teléfono	Móvil: 3208614395
Fecha Nacimiento:	17/12/1983	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	COMFENALCO VALLE EPS
Dirección:	VDA BOJACA CONJUNTO SAN GERMAN	ARL:	SURA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	AFP:	COLFONDOS
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 2 DOSIS DE PFIZER
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones: CONTROL Y SEGUIMIENTO POR PROGRAMA DE NUTRICION DE EPS PAUSAS ACTIVA HIGIEN POSTURAL REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 150 MINITOS SEMANALES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

CARDIOVASCULAR	-	PPyP
----------------	---	------

Información de Remisiones

NO

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14



Clara Yaneth Ayala Castro



Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-3021/2014 79045474

Firma y cédula del Paciente
CLARA YANETH AYALA CASTRO
33375389

**LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA BOJACÁ DEL MUNICIPIO
DE CHÍA.**



HACE CONSTAR

Que **CLARA YANETH AYALA CASTRO** identificada con cédula de ciudadanía No. 33.375.389, es vecina y residente en esta vereda desde hace **DOCE (12)** años y su domicilio está ubicado en el Conjunto San Germán, manzana h, casa 112 de la vereda Bojacá, sector **TRES ESQUINAS** del municipio de Chía departamento de Cundinamarca.

Expedida en Chía, a los 18 días del mes de noviembre de 2024.

Pablo Enrique Gómez Rodríguez
PRESIDENTE J.A.C
C.C 79.186.201
CEL. 310 5591745

Si no tiene sello no tiene ninguna validez

MARIA CAMILA BAJONERO

cc. 1.072.717.716 DE CHIA

Barrio la lorena

3115094700

Camiladoblado69@gmail.com

PERFIL

Soy una persona de buen carácter, con pasión y vocación para el trabajo, excelente capacidad de organización y aprendizaje.

EXPERIENCIA

Enero 2022

Administradora de punto baby moon accesorios

Agosto 2022

Auxiliar de talento humano. Series sas

Septiembre 2019

Asistente contable. Linde

REFERENCIA LABORAL

Gladys Rios cel 3204740860

Lilia de Jota cel: 3114816961

REFERENCIA PERSONAL

Vivian Bernal cel: 3204702086

Angelica Doblado cel: 3133852085

Camila Bajonero

MARIA CAMILA BAJONERO DOBLADO c.c. 1072717716 DE CHIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.072.717.716

BAJONERO DOBLADO

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

Camila Bajorero

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1998

CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

11-MAY-2016 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



P-1505500-00838748-F-1072717716-20160703

0050349661A 1

45931737

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1072717716-125150



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	29 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MARIA CAMILA BAJONERO DOBLADO	Identificación:	1072717716
Género:	FEMENINO Edad: 26	Teléfono:	Móvil: 3115094700
Fecha Nacimiento:	6/05/1998	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CALLE 5 B N 12 111	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS -		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIONOMETRIA	PACIENTE DEBE USAR CORRECCION OPTICA DE USO PERMANENTE
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA LA ACTIVIDAD LABORAL
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones: USO DE CORRECCIÓN VISUAL, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA / REALIZAR CUERVA TENSONAL, CONTROL EN EPS.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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

Diana Carolina Tenjo Calderon
Médico Especialista en Salud Laboral
25-4999/2015 53910636



Firma y cédula del Paciente
MARIA CAMILA BAJONERO DOBLADO
1072717716





Junta De Acción Comunal La Lorena

Chía – Cundinamarca

Personería Jurídica N° 0016/73

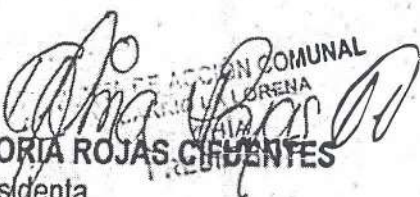
LA SUSCRITA PRESIDENTA DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DEL BARRIO LA LORENA DE CHÍA

CERTIFICA

Que **MARÍA CAMILA BAJONERO** identificada con Cédula de Ciudadanía No.1.072.717.716 reside con su núcleo familiar en La Calle 5 B No. 12 – 111, del Barrio La Lorena, del municipio de Chía Cundinamarca; hace (10) años.

Se expide en la Ciudad de Chía, Departamento de Cundinamarca, a los (19) días, del mes de noviembre; del año dos mil veinticuatro (2024).

Atentamente


GLORIA ROJAS CIFUENTES
Presidenta
Junta de Acción Comunal Barrio La Lorena

C.V. 312

Juntaaccioncomunallalorena@gmail.com

MARIA CIELO BEDOYA

CC.

1193168558

deBarbacoa/nariño

[Dirección] carrera 1b#16a-35

[Teléfono] 3138464979

PERFIL

Manipuladora de alimentos con experiencia en comedores estudiantiles ,oficios varios y atención a clientes.

Con habilidades y destrezas para el trabajo con adaptación

Análisis de problemas,motivación, creatividad con aptitud positiva para resivir instrucciones y trabajar en equipo

FORMACIÓN
ACADEMICA

EXPERIENCIA

RESTAURANTE LA BRAZA ROJA

Auxiliar de cocina

/FFUNDICOL

Auxiliar de cocina

Soy , puntual, ordenada con buenas prácticas de alimentos

y me gusta trabajar en punlico

REFERENCIA LABORAL

SANTIAGO MEDINA

3212828035

REFERENCIA PERSONAL

LAURENCIO SANCHEZ

3202769139

SERVICIOS VARIOS

FIRMA

Maria Cielo Bedoya E.

c.c.

1193168558

de barbacoas

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.193.168.558

BEDOYA ESTACIO

APELLIDOS

MARIA CIELO

NOMBRES

Maria Cielo Bedoya Estacio

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

15-DIC-1986

BARBACOAS
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

B+

G.S. RH

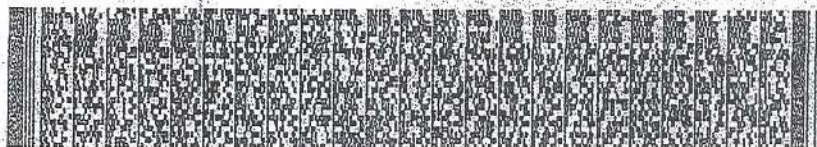
F

SEXO

30-MAR-2009 BARBACOAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2301600-00166558-F-1193168558-20090805

0014517156A 1

27166472

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1193168558-123717

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MARIA CIELO BEDOYA ESTACIO	Identificación:	1193168558
Género:	FEMENINO Edad: 37	Teléfono:	NO TIENE Móvil: 3138564979
Fecha Nacimiento:	15/12/1986	Cargo:	ECONOMO (A)
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CRA 1 B #16 A 35	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	PACIENTE NO TRAE CORRECCION OPTICA DEBE USAR GAFAS DE USO PERMANENTE
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

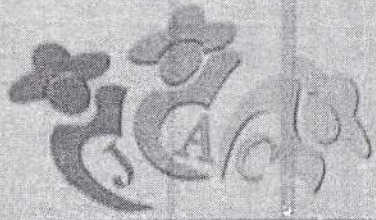
En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a ACCIONAR SALUD IPS SAS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.

HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14



Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-3021/2014 79045474

Firma y cédula del Paciente
MARIA CIELO BEDOYA ESTACIO
1193168558



MERCEDES DE CALAHORRA



LA JUNTA DE ACCION COMUNAL DEL BARRIO MERCEDES DE
CALAHORRA CHIA

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) MARIA CIELO BEDOYA ESTACIO identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 1.193.168.558; reside en la Calle 32 # 1 - 58, del barrio desde hace 6 meses, lo anterior para que presente en constancia a solicitud del interesado. (TRABAJO)

Se expide en Chia, Cundinamarca a los 16 días del mes de Noviembre del 2023

Atentamente

JIMMY BELTRAN RAMOS
Presidente De Junta De Acción Comunal
Cel: 3112313423
Email: ornabeltran@hotmail.com

PERSONERIA JURIDICA 004005 DICIEMBRE 22 DE 1981
CALLE 30 N° 1*-48 MERCEDES DE CALAHORRA
CHIA, CUNDINAMARCA

Monica Helena Bedoya

Cc. 35477881 de Chia, Cundinamarca

PERFIL

FORMACIÓN ACADEMICA —

03-Junio-1992

Octavo Grado

Colegio departamental
de bachillerato los
araujos.

Monteria - Colombia

EXPERIENCIA

26/Febrero/2024 - Actualmente
Manipuladora de alimentos • U.T Ideando soluciones

02/Febrero/2023 - 12/Mayo/2023
Empleada domestica • Casa de familia

15/Octubre/2014 - 22/Octubre/2021
Empleada domestica • Casa de familia

Limpieza de todas las áreas que comprenden las instalaciones
del hogar y preparación de los alimentos dispuestos para el
comedor escolar.

REFERENCIA LABORAL

Flor Novoa
3112449190

REFERENCIA PERSONAL

Gustavo Sepulveda
3114550580

FIRMA

Monica Bedoya Romero

Monica Helena Bedoya Romero c.c. 35477881 de Chia, Cundinamarca

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 35.477.881

BEDOYA ROMERO

APELLIDOS APELLA

MONICA ELENA

NOMBRES

Monica Bedoya Romero
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1969

NUEVO PARAISO

MONTERIA (CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

04-NOV-1993 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1505500-00110522-F-0035477881-20081024 0004777449A 1 1810000798

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35477881-123811



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MONICA HELENA BEDOYA ROMERO	Identificación:	35477881
Género:	FEMENINO Edad: 55	Teléfono:	NO TIENE Móvil: 3125010497
Fecha Nacimiento:	18/08/1969	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	URBANIZACION NUEVO MILENIUM MZ G CR SA NO 30 30 CS	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 2 DOSIS ASTRAZENCA 1 JANSSEN
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL ACTIVIDAD FISICA 150 MINUTO SEMANALES

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

CARDIOVASCULAR

PPyP

VISUAL

PPyP

Información de Remisiones

NO

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14



140101312

Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-3021/2014 79045474

Firma y cédula del Paciente
MONICA HELENA BEDOYA ROMERO
35477881

trabajemos por lo nuestro



JUNTA DE ACCION COMUNAL URBANIZACION "NUEVO MILENIO"
PERSONERIA JURIDICA 535 del 01 DE DICIEMBRE DE 2005

**LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA BOJACÁ URBANIZACIÓN NUEVO MILENIO DE
MUNICIPIO DE CHÍA-CUNDINAMARCA**

CERTIFICA QUE:

Que la señora **MONICA HELENA BEDOYA ROMERO** identificada con CC **35.477.881** de Chia Cundinamarca, reside en esta urbanización en la Carrera 5A Número 30 - 30 Manzana G casa 9, desde hace veinte tres años (23) años.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada para trámites de trabajo, con el fin de acreditar su residencia en nuestra urbanización, el día 01 de noviembre del año 2024.

Cordialmente;

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
NUEVO MILENIO
535 PERSONERÍA JURÍDICA

GLORIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
PRESIDENTA JAC. NVO MILENIO

GISETH ANDREA ABRIL MENDOZA
SECRETARIA JAC. NVO MILENIO

Cra 4ª N°29 A-28 Manzana D casa 5
Celular: 3164353070-3125876190
Jacnueomilenio535@yahoo.com

Fanny Bohórquez Navarrete

cc. 52.855.659 de Bogotá

Vereda Tiquiza

3204807372

fannybohorquez24@gmail.com

PERFIL

Actualmente cuento con una experiencia consolidada por años en la industria de pastelería y repostería entre los cuales se encuentra la cobertura en crema de leche, crema vegetal, pastillaje, poseo un amplio conocimiento en la creación y diseño de productos de repostería de alta calidad. Mi trayectoria profesional se ha centrado en el desarrollo de habilidades técnicas avanzadas y la aplicación de prácticas innovadoras.

Busco aportar mi creatividad, mi meticulosa atención al detalle y mi compromiso con la calidad, esperando colaborar en la expansión de su reconocido portafolio.

FORMACIÓN ACADÉMICA

EXPERIENCIA

Febrero de 2024 – Actualmente

Cargo: Asistente de ventas

Empresa: Tiendas D1

Junio 1 de 2022 – Diciembre 22 de 2023

Cargo: Asistente Administrativa

Empresa: Hemaga SAS

Mayo 11 de 2017 – Mayo 27 de 2022

Cargo: Pastelera

Empresa: Milsen SA

Marzo 1 de 2012 – Julio 1 de 2015

Cargo: Pastelera

Empresa: Nicolukas SA

Documentación y registro: Mantener y actualizar los registros relacionados con la seguridad y la salud en el trabajo, incluyendo informes de incidentes, formularios de evaluación de riesgos y registros de capacitaciones.

Decoración y presentación: Decorar y presentar los productos de pastelería de manera atractiva y creativa, utilizando técnicas de glaseado, decoración con fondant, decoración de pasteles y otros métodos para garantizar una presentación visualmente atractiva.

Fanny Bohorquez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 52.855.659

BOHORQUEZ NAVARRETE

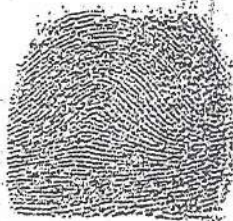
APELLIDOS

FANNY

NOMBRES



Fanny Bohorquez Navarrete



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1980

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

26-FEB-1999 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CALINDE VACHA



A-1500150-00999390-F-0052855659-20180424

00609060034 1

9904095856

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS



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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 52855659-123711

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	FANNY BOHORQUEZ NAVARRETE	Identificación:	52855659
Género:	FEMENINO Edad: 44	Teléfono	Móvil: 3204807372
Fecha Nacimiento:	24/09/1980	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	VDA TIQUIZA	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL Y USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
COPROLOGICO	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS.
APTO SIN RESTRICCIONES PARA ACTIVIDAD LABORAL

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
----------------------------	---	-------------------

NO

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

VISUAL

PPyP

Información de Remisiones

NO

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercadeo
HERNÁN GARCIA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14



Fanny Bohorquez Navarrete



Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-3021/2014 79045474

Firma y cédula del Paciente
FANNY BOHORQUEZ NAVARRETE
52855659

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA
VEREDA DE TIQUIZA DEL MUNICIPIO DE CHÍA CUNDINAMARCA**

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, reside en esta vereda
Desde hace 3 años en el sector La Capilla.

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
FANNY	BOHORQUEZ NAVARRETE	52855659

Dada en Chía Cundinamarca a los 28 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente:



HECTOR ROJAS CABRA

Presidente

Junta De Acción Comunal

Vereda Tiquiza

Cel.: 313 226 7116

Email; jacveredatiquiza@hotmail.com



MIRIAM BOLIVAR

cc.23925508

de PESCA BOYACA

CRA1B#16°25

3133602811

[Correo electrónico]

PERFIL

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

FORMACIÓN ACADEMICA

EXPERIENCIA

PRIMARIA

Título: primaria

Año finalizado: 1982

Instituto: escuela el ható
Boyacá

Febrero 2024-octubre 2024

Auxiliar de cocina • auxiliar de cocina • union temporal ideando
soluciones .

BACHILLERATO

Título: Bachiller

Año finalizado :2013

Institución: fundecol
Bucaramanga

Enero 2023ª noviembre 2023

Auxiliar de cocina • colegios • fundacion bienestar colectivo

Junio 2022a noviembre 2022

Auxiliar de cocina • colegios • temporal bienestar colectivo

CURSOS

72 horas de
manipulación de
alimentos

72 horas de atención al
cliente en el Sena

Preparacion de alimentos ,limpiar ,desinfectar verduras ,aseo
de cocina y comedor ,lavar utensilios y revisar inventarios.

REFERENCIA LABORAL

Buena trabajadora ,responsable y respetuosa ,desempeñando
a cabalidad sus funciones laborales desde 2022 hasta 2024
como manipuladora de alimentos de los colegios .

REFERENCIA PERSONAL

Nestor Cardenas Rivero empleado 3124048644

Miriam Bolívar

FIRMA

MIRIAM BOLÍVAR

c.c. 23925508

de Pesca Boyaca

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.925.508

BOLIVAR De CHINCHILLA

APELLIDOS

MYRIAM

NOMBRES

Myriam Bolivar de Chinchilla

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1962

PESCA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

02-DIC-1981 PESCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1505500-00110522-F-0023925508-20081024

0004776189A 1

181C004644

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 23925508-123780



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MYRIAM BOLIVAR DE CHINCHILLA	Identificación:	23925508
Género:	FEMENINO Edad: 61	Teléfono:	Móvil: 3133602820
Fecha Nacimiento:	2/12/1962	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	CRA 1 B N 16 A 25	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	NO REPORTA
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 2 DOSIS DE ASTRAZENECA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones: CONTROL Y SEGUIMIENTO OR PRGROMA E NUTRICION DE EPS HABITOS DE VIDA SALUDABLE DIETA BAALCEADA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 150 MINITOS SEMANALES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
CARDIOVASCULAR	-	PPyP
VISUAL		PPyP
AUDITIVO	-	PPyP

Información de Remisiones

NO

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14



Myriam Bolívar



Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-3021/2014 79045474

Firma y cédula del Paciente
MYRIAM BOLIVAR DE CHINCHILLA
23925508

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
BARRIO SAN FRANCISCO CHÍA CUNDINAMARCA
Personería Jurídica No 553 febrero 28 de 1990.

**LA PRESIDENTA DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
DEL BARRIO SAN FRANCISCO - CHÍA**

CERTIFICA QUE:

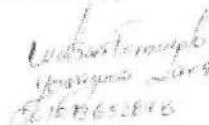
La señora Myriam Bolivar De Chinchilla identificado(a) con la cedula de ciudadanía N°. 23925508, expedida en Pesca Boyacá, es residente del barrio San Francisco de Chía desde el mes de Diciembre del 2003., en la Cra 1b # 16ª-25.

La presente se expide en Chía a solicitud del(la) interesado(a) al treinta y uno (31) días del mes de octubre del año dos mil veinticuatro (2024), con destino a quien interese.

Válido por 90 días a partir de la fecha de expedición.



SANDRA PATRICIA GARAVITO MORENO
PRESIDENTE JAC



WILSON FERNANDO YOMAYUSA
SECRETARIO JAC

Consecutivo N°0041-2024

Barrio San Francisco
Celular 3233205351
Correo electrónico: jacsanfranciscochiacolombia@gmail.com

Enith Yohana Cadena Beleño

cc. 53911032

de Chia

Calle 24 con2 # 1-01

3125966601

Yohanacadenalimgmail.com

PERFIL

Soy una mujer profesional con 12 años de experiencia en auxiliar de cocina con cocimientos en restaurantes, asaderos y puestos de comidas rapidas. Me gusta ayudar a que el lugar donde este llegue a los objetivos planeados donde yo tambien absorbo conocimiento y aprendo del lugar donde este ejerciendo

Bachillerato

EXPERIENCIA

28 De May Del 2022 - 24 De Dic Del 2022

Auxiliar De Cocina • Empleada • Restaurante M'ulatos

30 De Ene Del 2023 – 20 De Nov Del 2023

Manipulacion De Alimentos • Empleada • Union Temporal

26 De Feb Del 2024 – A La Fecha

Manipulacion De Alimentos • Empleada • Union Temporal

AlimentArte Chia

El Conocimiento Para La Buena Manipulacion De Los Alimentos
Sobre Las Buenas Practicas De Manofactura Siendo responsable
Y Aprendiendo De Todo lo Que Se Me Enseña

REFERENCIA LABORAL

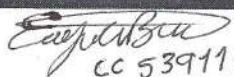
Restaurante M'ulatos
Dueño Ivan Castañeda
Tel # 3204884753

REFERENCIA PERSONAL

Ricardo Figueroa
Arquitecto
Tel # 3234750953

Claudia Peña
Independiente
Tel # 3143814254

FIRMA


cc 53911032

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.911.032

CADENA BELEÑO
APELLIDOS

ENITH YOHANA
NOMBRES

Enith Yohana Cadena Beño
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-MAR-1984
BECERRIL
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-ENE-2003 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Alfredo
REGISTRADORA NACIONAL
ALFONSO HERRERA LOPEZ



P-1505500-39118651-F-0053911032-20030911

0284903254A 02 139213583

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 53911032-123802

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	ENITH YOHANA CADENA BELEÑO	Identificación:	53911032
Género:	FEMENINO Edad: 40	Teléfono:	Móvil: 3125966601
Fecha Nacimiento:	24/03/1984	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	CL 24 2 NO 1 01 DELCIAS NORTE	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	CONTINUAR CONTROLES EN OPTOMETRIA, USO DE CORRECCION VISUAL CERCANA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES DISMINUIR HARINAS Y GRASAS PARA REDUCCION DE PESO, USO DE MEDIAS ANTIVARICES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA LA ACTIVIDAD LABORAL
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
NO		
Información de Remisiones		
NO		

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

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

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

agbe

ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médico Esp. Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Uic/Res.1640-13-05-2022

Médico Especialista en Salud Laboral
ADRIANA GABRIELA BUTRABI RIVEROS
1640/2022 35264898

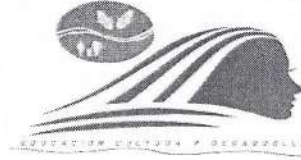


[Handwritten signature]



Firma y cédula del Paciente
ENITH YOHANA CADENA BELEÑO
53911032

JAC DELICIAS NORTE



**EL SUSCRITO PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCION COMUNAL DE
"DELICIAS NORTE"**

(Personería Jurídica No. 1316 de 1967 Minjusticia)

Dirigida: a quien corresponda

HACE CONSTAR

Que Enith Yohana Cadena Beleño identificado(a) C.C 35.911.032..reside en la clle
24 # 2 E – 1 - 01 Delicias Norte del Municipio de Chía (Cundinamarca), desde hace
(22) años aproximadamente,

Se expide la presente certificación a los 29 días del mes de octubre de 2024

Cordialmente,

LEONARDO CASTAÑEDA

Presidente

c.c.94.379.808

cel:3007610218

certificado valido por 30 días

Calle 24 # 2 – 101 Chía – Cundinamarca * Cel. 3007610218
jacdeliciasnorte@gmail.com

BIBIS LILIANA CARDENAS CARRILLO

cc. 52952058

de Bogota

Vereda La Balsa Chia

3212028228

bibis123liliana1982@gmail.com

PERFIL

Soy una persona de buen carácter, comprometida con mi trabajo, una persona responsable, acepto las críticas y sugerencias de las personas para así mejorar cada día. Soy una persona muy activa, me gusta aprender cosas nuevas en mi entorno laboral y personal.

FORMACIÓN ACADEMICA

Quinto Primaria
Cucharal
Pacho

EXPERIENCIA

Diciembre 2010- Febrero 2014
Operaria Limpieza • Eures Colombia SA

Octubre 2014-Junio 2016
Oficios Varios • Grupo La Era

Abril 2021-Diciembre 2023
Operaria • Bio Aseo

REFERENCIA LABORAL

- Sandra Abila
Jefe inmediata-Eudes Colombia SA
7431377
- Juan Jose Segura
Jefe Inmediata-Grupo La Era
3164826523

REFERENCIA PERSONAL

-Nancy Barrote
Ama de Casa
3124054429
- Sandra Acosta
Operaria
3207955985

Liliana Cárdenas

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52-952-058

CARDENAS CARRILLO

APELLIDOS

BIBIS LILIANA

NOMBRES

Liliana Cardenas Carrillo

FBI



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1982

PACHO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O-

F

ESTATURA G.S. RH

SEXO

03-OCT-2000 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00164499-F-0052952058-20090727

0013977208A.1

1140103109

PACHO CIVIL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 52952058-123842



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	BIBIS LILIANA CARDENAS CARRILLO	Identificación:	52952058
Género:	FEMENINO Edad: 42	Teléfono:	NO TIENE Móvil:
Fecha Nacimiento:	22/09/1982	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	VDA FONQUETA	ARL:	SURA
Escolaridad:	PRIMARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	USO DE RX GAFAS PARA ESFUERZO VISUAL. USO DE EPP VISUAL. CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 2 DOSIS DE SINOVAC
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones: REALIZAR PUAS ACTIVAS HIGIEN POSTURAL HABIOIS DE VIA ALUDABLE DIETA BALANCEADA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 150 MINUTOS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

AUDITIVO	-	PPyP
VISUAL	-	PPyP
CARDIOVASCULAR	-	PPyP

Información de Remisiones

NO

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14



L. Liliana Cardenas

Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-3021/2014 79045474

Firma y cédula del Paciente
BIBIS LILIANA CARDENAS CARRILLO
52952058



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE CHÍA

JAC-2024

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL FONQUETÁ 1
EL SUSCRITO PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL

CERTIFICA

Que el señor(a) BIBIS LILIANA CARDENAS CARRILLO identificado con C.C. No 52.952.058 expedida en BOGOTA reside en nuestra vereda, ubicada en el sector EL COLEGIO jurisdicción de Fonquetá 1.

La presente certificación se expide a solicitud verbal del interesado, en confianza de la buena fe, para ser presentada a SECRETARIA DE EDUCACION (PAE).

En constancia se expide y se firma en la vereda Fonquetá 1 del municipio de Chía a los TRECE (13) días del mes de NOVIEMBRE de DOS MIL VEINTICUATRO (2024).

Valido por un año.

Alejandro Chavez
Presidente J.A.C. Fonquetá 1


ALEJANDRO CHAVEZ
Presidente Junta Acción Comunal

jacfonquetauno@gmail.com Tel: 3112293772

DIANA YANETH CARDENAS GARCIA

cc. 35198950 de chia

Vereda bojaca sector el
paraiso

3208489111

Dianacardena98@gmail.com

PERFIL

Me considero una persona responsable, creativa, organizada y puntual. Asumo con entusiasmo los retos y tengo un buen manejo de las relaciones interpersonales. Trabajar en equipo y resolver problemas eficientemente son habilidades que he desarrollado a lo largo de mi experiencia laboral. Además, siempre me esfuerzo por alcanzar las metas trazadas tanto por la empresa como por mi grupo de trabajo.

FORMACIÓN ACADEMICA

Grado noveno

EXPERIENCIA

Enero 2016-Noviembre 2019

Auxiliar de cocina • Colegio Hontana

Noviembre 2021-Mayo 2024

Auxiliar de cocina • San Francisco de asis hogar la macarena

REFERENCIA LABORAL

Colegio Hontana

Jefe inmediato: Nancy Duque

Teléfono: 3123522509

San Francisco de asis hogar la macarena

Jefe inmediato: Paulina Forero

Teléfono: 3202484325

REFERENCIA PERSONAL

Ricardo Peña

Teléfono: 3192942490

FIRMA

Diana Yaneth Cardenas c.c. 35198950 de Chia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **35-198-950**

CARDENAS GARCIA

APELLIDOS
DIANA YANETH

NOMBRES
SOLYVIA

Diana Yaneth Cardenas G

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **22-AGO-1982**

CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 **A+**

ESTATURA G.S. RH

09-ENE-2001 CHIA

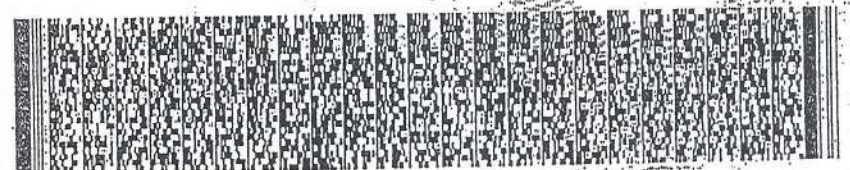
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

F
SEXO

[Signature]

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-1505500-01130684-F-0035198950-20200207 0069973119A-1 1805837490

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35198950-123777

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	DIANA YANETH CARDENAS GARCIA	Identificación:	35198950
Género:	FEMENINO Edad: 42	Teléfono:	NO TIENE Móvil: 3208489111
Fecha Nacimiento:	22/08/1982	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	EPS SURA
Dirección:	VDA BOJACA SC EL PARAISO	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, REALIZAR AUDIOMETRIA PERIODICA.
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA LA ACTIVIDAD LABORAL
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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

ADRIANA BUTRABI RIVEROS

ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médico Esp Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Uc/Res.1640-13-05-2022

Médico Especialista en Salud Laboral
ADRIANA GABRIELA BUTRABI RIVEROS
1640/2022 35264898



Diana Yaneth Cardenas Garcia

Firma y cédula del Paciente
DIANA YANETH CARDENAS GARCIA
35198950



**EL VICEPRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
DE LA VEREDA BOJACÁ SECTOR EL PARAÍSO DE CHÍA
CUNDINAMARCA**

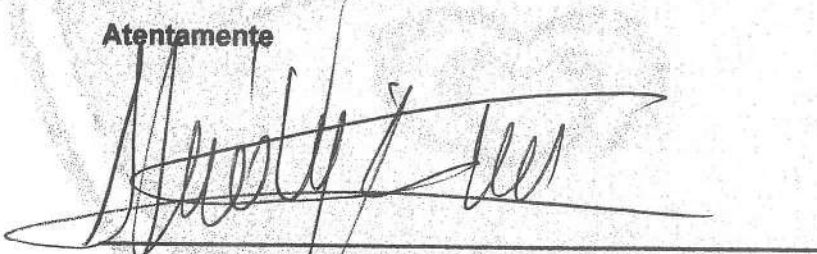
CERTIFICA

Que el (la) señor(a): **DIANA YANETH CÁRDENAS GARCÍA**, identificada con la cedula de ciudadanía número 35.198.950, con domicilio en la Vereda Bojaca Sector el Paraíso, vive y reside, pacífica e interrumpida desde hace aproximadamente cinco (05) años.

Este certificado se expide con destino a **UNION TEMPORAL ALIMENTARIA CHÍA** y solo debe ser utilizada para el fin señalado, liberando a la Junta que represento, de responsabilidad alguna ante cualquier proceso.

Se expide a solicitud de la interesada a los dos (02) días del mes de noviembre de 2024.

Atentamente


IDERMAN VÁSQUEZ TORRES
CEDULA No. 80.398.795
CELULAR: 3103306705

CASTAÑEDA MIRANDA YOHELIS

C.C1065652640de VALLEDUPAR

Teléfono:
3108577824

**K2 A #5-23 BRRIO
CAIRO**

YOHELISCAROLINACASTAÑEDAMIRANDA@GMAIL.COM

PERFIL

RESPONSABLE CUMPLIDORA, DADA A LOS CAMBIOS

**FORMACIÓN
ACADEMICA**

: Bachiller

**COLEGIO
LEONIDAS ACUÑA
VALLEDUPAR
SALUD
OCUPACIONAL
DEL SENA**

EXPERIENCIA

UNION TEMPORAL IDEANDO SOLUCIONES
AUXI COCINA
JEFE INMEDIATO ANGELICA SEGURA
AGOR AROMAS
SELECCION Y EMPAQUE
JEFE INMEADIATO ROSA MERCHAN

REFERENCIA LABORAL

Angélica Segura: 3204231958
ROSA MERCHAN 3158534003

REFERENCIA PERSONAL

JOHANA OSPINA
EMPLEADA
TEL 3227042274

YOHELIS CASTAÑEDA

C.C1065652640 de VALLEDUPAR

do Martinez _____ C.c: _____ 1193537318 _____ de _____ Plato,
Magdalena _____

WILEY

Apellidos
CASTAÑEDA MIRANDA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.54	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
04 ENE 1993	A+	
Lugar de nacimiento		
VALLEDUPAR (CESAR)		

Fecha y lugar de expedición
25 MAYO 2011, VALLEDUPAR

Firma

Yohelis Castaneda

Fecha de expiración:
07 JUN 2034

.00

126040840



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL048040921212001<<<<<<<<
9301043F3406072COL1065652640<9
CASTANEDA<MIRANDA<<YOHELYS<CAR

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1065652640-123825

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	YOHELYS CAROLINA CASTAÑEDA MIRANDA	Identificación:	1065652640
Género	FEMENINO Edad: 31	Teléfono	NO Móvil: 3108577824
Fecha Nacimiento:	4/01/1993	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	FAMISANAR
Dirección	CRA 2 A N 5 23	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS -	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO AUDICION NORMAL BILATERAL
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	--	------------

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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

aglr

ADRIANA BUTRABI RIVERÓS
Médico Esp. Salud Ocupacional
Unidad del Rosario
Uc/Res.1640-13-05-2022

Médico Especialista en Salud Laboral
ADRIANA GABRIELA BUTRABI RIVEROS
1640/2022 35264898



Yohelys

Firma y cédula del Paciente
YOHELYS CAROLINA CASTAÑEDA MIRANDA
1065652640





Junta de Acción Comunal Barrio el Cairo
Personería Jurídica 0059 mi Gobierno



Chía, 15 de Noviembre 2024

Código de Verificación 20243182640

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

Por medio de la presente quien suscribe certifica a **Yohelis Carolina Castañeda Miranda**, con cedula de ciudadanía No. **1.065.652.640** se encuentra actualmente residente en la **Carrera 2a N° 5-23**, en el barrio Cairo desde hace 4 años.

A quien Corresponda:

Se expide, el presente certificado a solicitud del interesado para los fines que estime pertinentes. Se deja constancia de que de acuerdo a lo establecido código penal Artículo 296. Falsedad personal el que con el fin de obtener un provecho para sí o para s proporcionados a la Junta de Acción Comunal, arriesga una pena de prisión, en cualquiera de sus grados, o multa de una a cuatro unidades tributarias mensuales.

LEY 527 DE 1999 (agosto 18) *Por medio de la cual se define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.* **ARTÍCULO 28. Atributos jurídicos de una firma digital.** Cuando una firma digital haya sido fijada en un mensaje de datos se presume que el suscriptor de aquella tenía la intención de acreditar ese mensaje de datos y de ser vinculado con el contenido del mismo.

Cordialmente;

Luz Milena Calvo Sánchez
Secretaria Junta de acción Comunal Barrio El Cairo
Chía.
Celular: 3118187565

STELLA CASTILLO

cc. 20456424

de COTA

PERFIL

Soy una persona muy trabajadora, cumplida y responsable con las funciones que se me asignen, excelente trabajo en grupo y con algo sentido de la responsabilidad.

FORMACIÓN ACADEMICA

2019-2020
II Semestres
Ingenieria de Alimentos
SENA CHIA

2005
Bachiller
Colegio Enrique Pardo Parra

EXPERIENCIA

5 febrero 2024-13 Octubre 2024
Economía • UTIS ideando soluciones

15 febrero 2023-agosto 2023
ECONOMIA • Nutrimos Cota

1 junio 2023-30 de Noviembre de 2023
Economía-Union temporal food cota

REFERENCIA LABORAL

-Andrea del Real
Jefe inmediata nutrimos cota
3134534344

REFERENCIA PERSONAL

-Diego Armando Forero
Hijo
3503918019

Stella Castillo

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20456424

CASTILLO
APELLIDOS

LUZ ESTELA
NOMBRES

LUZ Estela Castillo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
SUTAMARCHAN
(BOYACA)

22-JUL-1981

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

O+

F

ESTATURA

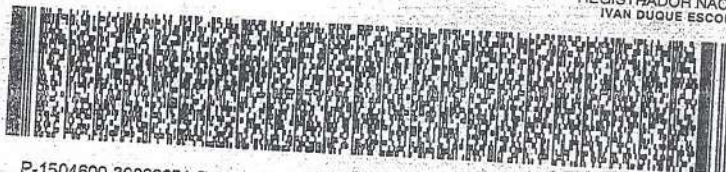
G.S. RH

SEXO

08-SEP-2000 COTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1504600-39092651-F-0020456424-20010627

0218101177C 02. 078055320

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 20456424-123837

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	LUZ ESTELA CASTILLO	Identificación:	20456424
Género:	FEMENINO Edad: 43	Teléfono:	Móvil: 3204526442
Fecha Nacimiento:	22/07/1981	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	CLL 3 N 2B 56	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	USO DE EPP VISUAL. PAUSAS VISUALES. CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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

OGIR

ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médico Esp. Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Uc/Res.1640-13-05-2022

Médico Especialista en Salud Laboral
ADRIANA GABRIELA BUTRABI RIVEROS
1640/2022 35264898



Luz Estela Castillo

Firma y cédula del Paciente
LUZ ESTELA CASTILLO
20456424





REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE CHÍA

JAC-2024

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL FONQUETÁ 1
EL SUSCRITO PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL

CERTIFICA

Que el señor(a) LUZ ESTELA CASTILLO identificado con C.C. No 20.456.424 expedida en BOGOTÁ reside en nuestra vereda, ubicada en el sector EL VOLADOR jurisdicción de Fonquetá 1.

La presente certificación se expide a solicitud verbal del interesado, en confianza de la buena fe, para ser presentada a SECRETARIA DE EDUCACION (PAE).

En constancia se expide y se firma en la vereda Fonquetá 1 del municipio de Chía a los TRECE (13) días del mes de NOVIEMBRE de DOS MIL VEINTICUATRO (2024).

Valido por un año.

Alejandro Chavez
Presidente J.A.C. Fonquetá 1

ALEJANDRO CHAVEZ
Presidente Junta Acción Comunal

jacfonquetauno@gmail.com

Tel: 3112293772

MARICELA CASTRO OLAVE

cc.65703786 de Espinal- Tolima

Vereda Fagua – Sector Fanta

3227767747

maricelacastro.0628@gmail.com

PERFIL

Soy una persona responsable, con aspiraciones, facilidad para trabajar en equipo, deseos de superación, emprendedora, que ama lo que hace, siempre dispuesta a aprender y asumir nuevos retos, de esta manera formarme como persona. Las habilidades que me definen son la responsabilidad, el compromiso, la creatividad, la paciencia, la empatía, la organización y la perseverancia.

FORMACIÓN ACADEMICA

Básica Primaria
Colegio el Industrial Guamo
Tolima
Año. 1985

EXPERIENCIA

26 de febrero 2024 - 30 de septiembre de 2024
Economía • Líder de Punto • Union Temporal Ideando Soluciones

04 de julio 2022 - 25 de noviembre de 2023
Economía • Líder de Punto • Union Temporal Bienestar Colectivo

24 de enero 2022 - 25 de mayo de 2022
Economía • Líder de Punto • BAPACOP

Las competencias para la gestión en alimentación escolar realizadas incluyen: anticipar las necesidades del cliente, cumplir con normas de seguridad e higiene, conocer la oferta de productos, etiquetar correctamente los alimentos, entregar refrigerios escolares adaptados y recopilar información de insumos para optimizar la gestión.

REFERENCIA LABORAL

Alejandra Martinez
Ocupación: Supervisora
Empresa: Union Temporal
Bienestar Colectivo
Cel: 3224228145

Alejandra fue mi supervisora en Union Temporal Bienestar Colectivo, donde me encargué de la gestión de alimentación escolar, cumpliendo con normas de seguridad e higiene. Mi proactividad mejoró la eficiencia en la distribución de refrigerios, lo cual fue reconocido positivamente en la organización.

REFERENCIA PERSONAL

Alicia Vasquez
Ocupación: Oficios Varios
Cel: 3102261751

Alicia es una amiga de muchos años y excompañera en la cocina del restaurante Entrepues. Puede dar fe de mi dedicación, habilidades culinarias y capacidad para trabajar en equipo bajo presión, siempre comprometida con la calidad en cada plato.

Maricela Castro
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 65.703.786

CASTRO OLAVE

APELLIDOS

MARICELA

NOMBRES

Maricela Castro Olave

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1974

GUAMO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

21-FEB-1995 ESPINAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1505500-00179601-F-0065703786-20090919 0016260148A 1 1800105568

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 65703786-123764

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MARICELA CASTRO OLAVE	Identificación:	65703786
Género:	FEMENINO Edad: 50	Teléfono:	Móvil: 3227767747
Fecha Nacimiento:	28/06/1974	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	VEREDA FAGUA SECTOR FANTA	ARL:	SURA
Escolaridad:	PRIMARIA	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL. REQUIERE USO DE RX DE CERCA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 2 DOSIS E PFIZER
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMÚN QUE PUEDE INTERFERIR CON LA ACTIVIDAD LABORAL
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS.

Observaciones: PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA LES CONTINUAR SEGUIMIENTO ESPECIALISTAS PUEDE REALIZ<R LABORES EVITANDO MOVIMIENTOS REPETITIVOS POR TIEMPO PROLOMGADO MAYOR A 2 HORAS EN MIEMBROS SUPERIOES .PAUSAS A<CTIVAS EN ENFASIS MIEMBROS SUPERIORES SEGUN PROTOCOLO EMPRESARIAL

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
NO		
Información de Remisiones		
NO		

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14

Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-0334/2024 79045474



Maricela Castro Olave



Firma y cédula del Paciente
MARICELA CASTRO OLAVE
65703786

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA FAGUA
PERSONERIA JURIDICA 2750-66



A QUIEN CORRESPONDA

El suscrito presidente de la junta de acción comunal de la vereda de Fagua del municipio de Chía hace constar

Que la señora **MARCELA CASTRO OLAVE** identificada con **C.C.:65.703.786 del Espinal (Tolima)**, es residente de la vereda Fagua **Sector Fanta** desde hace veinte (20) años, además es una persona honorable, responsable, y con un compromiso serio frente a las labores que le son encomendadas.

Dada en Chía, a los 07 días del mes de noviembre del 2024 a solicitud del interesado

Cordialmente,

LUIS FERNANDO PARRADO GONZALEZ
PRESIDENTE
JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
VEREDA DE FAGUA
C.C. N°80.496.928 DE CHIA (CUNDINAMARCA)
CEL. 314 2474304

MARIA EUGENIA CASTRO

C.c20423841 de Cajica CUNDINAMARCA

Teléfono:
3125366987

[Correo
electrónico]

Barrio Mercedes
de C carrera 7
#31-33

PERFIL

Soy una mujer trabajadora, honesta, trabajo en equipo y dispuesta a aprender

FORMACIÓN ACADEMICA

: Bachiller

**Colegio JOSE J
CASAS**

EXPERIENCIA

Fecha de Inicio: 06/03/2024- fecha de
finalización: 27/10/2024

Cargo: Manipuladora de alimentos
Nombre empresa: Unión Temporal
Ideando Soluciones.

Fecha de Inicio: 16/06/2023 fecha de
Finalización: 25/11/2023

Cargo: Economa
Nombre de la Empresa: Unión
Temporal Bienestar Colectivo.

REFERENCIA LABORAL

Angélica Segura: 3204231958
CAROLINA CHARRY : 31324020000

REFERENCIA PERSONAL

- MARIA DEL PILAR ROA
:3184509145

mEUGENIA
CASTRO

CC20423841DE
CAJICA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.423.841

CASTRO RODRIGUEZ

APELLIDOS

MARIA EUGENIA

NOMBRES

Maria Eugenia Castro Rodriguez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1970

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

23-ENE-1989 CAJICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00014642-F-0020423841-20080618

0000525354A 1

1250000257

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS



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



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 20423841-123849

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MARIA EUGENIA CASTRO RODRIGUEZ	Identificación:	20423841
Género:	FEMENINO Edad: 54	Teléfono:	Móvil: 3125366987
Fecha Nacimiento:	27/10/1970	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	NUEVO MILENIO	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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

aglr

ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médica Esp. Salud Ocupacional
Unión del Rosario
Uc/Res.1640-13-05-2022

Médico Especialista en Salud Laboral
ADRIANA GABRIELA BUTRABI RIVEROS
1640/2022 35264898



M. E. C. R.

Firma y cédula del Paciente
MARIA EUGENIA CASTRO RODRIGUEZ
20423841

trabajemos por lo nuestro



JUNTA DE ACCION COMUNAL URBANIZACION "NUEVO MILENIO"
PERSONERIA JURIDICA 535 del 01 DE DICIEMBRE DE 2005

**LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA BOJACÁ URBANIZACIÓN NUEVO MILENIO DE
MUNICIPIO DE CHÍA-CUNDINAMARCA**

CERTIFICA QUE:

Que la señora **MARIA EUGENIA CASTRO RODRIGUEZ** identificada con CC **20.423.841** de Chia Cundinamarca, reside en esta urbanización en la Carrera 7 Número 31 - 23 Manzana Ñ casa 8, desde hace veinte tres años (23) años.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada para trámites de trabajo, con el fin de acreditar su residencia en nuestra urbanización, el día 01 de noviembre del año 2024.

Cordialmente;

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
NUEVO MILENIO
535 PERSONERIA JURIDICA

GLORIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
PRESIDENTA JAC. NVO MILENIO

GISETH ANDREA ABRIL MENDOZA
SECRETARIA JAC. NVO MILENIO

Cra 4ª N°29 A-28 Manzana D casa 5
Celular: 3164353070-3125876190
Jacnueomilenio535@yahoo.com

Erika Chávez Castro

CC.

1063481150

de Bucaramanga

Vereda Fonqueta camino el Espejo
chavezflaca2@gmail.com

3219143967

PERFIL

Soy una mujer comprometida, disciplinada, resetuosa y sobre todo comprometida con el trabajo que desempeño, se me facilita el trabajo en equipo y siempre dispuesta para realizar lo que corresponda. Me gusta aprender y retroalimentar mis conocimientos.

EXPERIENCIA

FORMACIÓN

ACADEMICA

*Colegio Cerca de Piedra
Chía, Cundinamarca*

Bachiller Académico

Crisalidas

6 meses

19 Agosto 2023 al 4 Enero del 2024

MG sede Jaivana

4 meses

12 Enero 2024 al 30 de Mayo 2024

REFERENCIA LABORAL

Luz Aguilar
CEL 3132273511

Viviana Garzón
CEL 3209186597

Erika Chavez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.063.481.150

CHAVES CASTRO

PELUCOS
ERIKA

NOMBRES
Erika Chaves Castro

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-2002

CHIMICHAGUA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

03-NOV-2020 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER YGDA. NOCHA



P-2700100-01177279-F-1063481150-20201110 -0072376413A 1 8500906843

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1063481150-123771



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 02 nov. 2024 - CHIA
Paciente: ERIKA CHAVES CASTRO
Género: FEMENINO **Edad:** 22
Fecha Nacimiento: 1/09/2002
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: VDA SERCA DE PIEDRA
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1063481150
Teléfono: NO TIENE **Móvil:** 3219143967
Cargo: ECONOMA
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: NO REPORTA
AFP: NO REPORTA

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA ACTIVIDAD LABORAL
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS.

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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


HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14

Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-3021/2014 79045474





Firma y cédula del Paciente
ERIKA CHAVES CASTRO
1063481150



**REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE CHÍA**



JAC-2024

**JUNTA DE ACFTCIÓN COMUNAL FONQUETÁ
EL SUSCRITO PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN
COMUNAL**

CERTIFICA

Que el señor(a) **ERIKÁ CHAVEZ CASTRO** identificado con
C.C 10.063.481.150 expedida en BOGOTÁ reside en nuestra vereda en el sector
LA PAZ jurisdicción de Fonquetá.

La presente certificación se expide a solicitud verbal del interesado, en confianza de
la buena fe, para ser presentada a la **SECRETARÍA DE EDUCACIÓN(PAE)**.

En constancia se expide y se firma en la vereda Fonquetá del municipio de Chía el
día (05) CINCO de NOVIEMBRE de DOS MIL VEINTICUATRO (2024).

Valido por un año.

ALEJANDRO CHÁVEZ
Presidente Junta Acción Comunal

ANA CARLINA CLEMENTE ALVAREZ
cc.50.710.211 DE SAN ANDRES DE SOTAVELO

Cra 4 # 12 – 20 la lorena .
3207493472
1624clemente1243acca@gmail.com

Me considero una persona dinamica
y habilitada al trabajo con capacidad
de aprendizeje y adaptacion rapida
me intergo en equipo

FORMACIÓN ACADEMICA

EXPERIENCIA

PAE manipuladora de alimentos 2024

REFERENCIA LABORAL

Alfonso Rodriguez cel: 3203021323
Carlos Estrada cel: 3012513024

REFERENCIA PERSONAL

Harry clemente cel: 3222281805
Yaneth clemente cel: 304 5323321

Ana Clemente
FIRMA

ANA CARLINA CLEMENTE CC. 50.710.211 DE SAN ANDRES DE SOTAVENTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **50.710.211**

CLEMENTE ALVAREZ
APELLIDOS

ANA CARLINA
NOMBRES

Ana Clemente A
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-FEB-1982**
SAN ANDRES DE SOTAVENTO
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.48
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

10-AGO-2001 SAN ANDRES DE SOTAVENTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1302200-38164642-F-0050710211-20080117 02630 08017A 02 279384980

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 50710211-123813

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 02 nov. 2024 - CHIA
Paciente: ANA CARLINA CLEMENTE ALVAREZ
Género: FEMENINO **Edad:** 42
Fecha Nacimiento: 10/02/1982
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CL 12 #100 30
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Identificación: 50710211
Teléfono: NO TIENE **Móvil:** 3207493472
Cargo: ECONOMA
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
ARL: SURA
AFP: NO REPORTA

AREA: No Reporta

Misión/Contrato/
Centro de Costo: IDEANDO SOLUCIONES SAS

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO AUDICION NORMAL BILATERAL
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL, SE RECOMIENDA EL USO DE GAFAS PARA VP
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA,, EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO. USO DE MEDIAS ELÁSTICAS DE COMPRESIÓN VENOSA.
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

CARDIOVASCULAR		PPyP
VISUAL	-	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION

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

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

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



Junta De Acción Comunal La Lorena

Chía – Cundinamarca

Personería Jurídica N° 0016/73

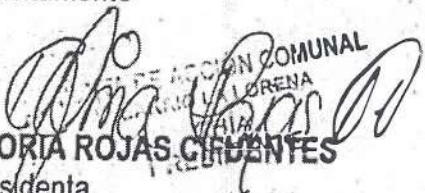
LA SUSCRITA PRESIDENTA DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DEL BARRIO LA LORENA DE CHÍA

CERTIFICA

Que **ANA CARLINA CLEMENTE ALVAREZ** identificada con Registro Civil No.50.710.211 reside con su núcleo familiar en La Cra 4 No.12-20, del Barrio La Lorena, del municipio de Chía Cundinamarca; hace (10) años.

Se expide en la Ciudad de Chía, Departamento de Cundinamarca, a los (10) días, del mes de Noviembre; del año dos mil veinticuatro (2024). A solicitud del interesado para fines laborales.

Atentamente


GLORIA ROJAS CIFUENTES
Presidenta
Junta de Acción Comunal Barrio La Lorena

C.V. 313

Juntaaccioncomunallalorena@gmail.com



LUISA FERNANDA CUADRADO

BACHILLER TÉCNICO EN LOGÍSTICA EMPRESARIAL

CONTACTO

 3218623002

 luisafernandacuadrado0@gmail.com

 CC-1067163283

 Calle 4 # 6-91
San Lucia

REFERENCIAS

 Alexander Amarillo
3228416234

 Luz Marina Mercado
3112840661

SOBRE MÍ

Tengo 19 años, soy una persona amable, comprensible, sensible, con ganas de aprender y crecer, me adapto fácil ante cualquier entorno, tengo buena comunicación, soy técnica en operaciones de logística empresarial, me gusta leer, bailar, aprender, me proyecto a trabajar para poder estudiar estilismo.

EXPERIENCIA

2024 Agroaroma S.A.S

Me desempeñe como operaria de planta en el área de empaque y desempaques, también en algunas ocasiones estuve en el área de carga y descarga.

EDUCACIÓN

2012
a Educación Educativa Lórica Córdoba
2019
2020 Educación Educativa José Joaquín
2022 Casas

HABILIDADES

Trabajo en equipo	Empática
Comunicación	Amable
Tolerante al estrés	

IDIOMAS

Español

Luisa Fernanda Cuadrado

CÉDULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.067.163.283

CUADRADO MERCADO

LUISA FERNANDA

COL

Estatura
1.65

Sexo
F

Fecha de nacimiento
21 JUN 2005

O+

LORICA (CORDOBA)

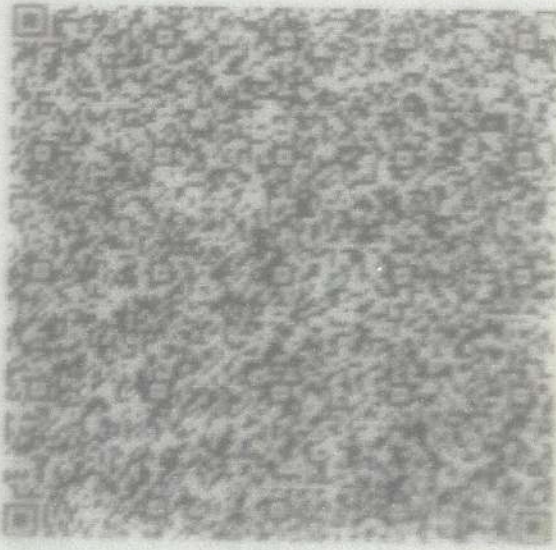
Fecha y lugar de expedición
21 JUN 2023, CHIA

Fecha de expiración
22 JUN 2033

Firma

Luisa





ICCOL023685149815055<<<<<<<<
0506214F3306220COL1067163283<3
CUADRADO<MERCADO<LUISA<FERNAN

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS



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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1067163283-125612



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 dic. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	LUISA FERNANDA CUADRADO MERCADO	Identificación:	1067163283
Género:	MASCULINO Edad: 19	Teléfono:	Móvil: 3218623002
Fecha Nacimiento:	21/06/2005	Cargo:	AUXILIAR DE COCINA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CALLE 4 N 6 91	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS -	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRÍA	PACIENTE REFIERE QUE SUS GAFAS SE ENCUENTRAN EN PROCESO LAS CUALES DEBE USAR PERMANENTES
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, USO DE CORRECCION OPTICA DURANTE LA JORNADA LABORAL DE MANERA PERMANENTE
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

VISUAL		PPyP
--------	--	------

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

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

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

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

Balcan
Dra. Laura Salgar Caicedo
E.M. 0509-07
Especialista en Salud
Ocupacional Lic. No. 851211

Médico Especialista en Salud Laboral
LAURA MARÍA SALGAR CAICEDO
8519/2019 52899158



Luisa

Firma y cédula del Paciente
LUISA FERNANDA CUADRADO MERCADO
1067163283





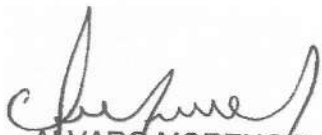
Junta de Acción Comunal Urbana
BARRIO SANTA LUCIA DEL MUNICIPIO DE CHIA
Personería Jurídica 0351 febrero 12 1966
NIT 800.045.634 - 5

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente, certifico que la señora **LUISA FERNANDA CUADRADO MERCADO**, identificada con la cédula de ciudadanía número **1.067.163.283** reside con su grupo familiar hace 4 años en la vivienda del señor Enrique Canasto, ubicada en la calle 4 No 6 – 91, Barrio Santa Lucía.

Esta certificación se expide a solicitud de los interesados, en Chía a los 10 días del mes de diciembre del año 2024.

Atentamente,


ALVARO MORENO B.
TEL. 3106493062
Presidente

LAURA CUBILLOS

cc. 1072705603 de Chia.

Vereda tiquiza

3203068353

La_lis_1995@hotmail.com

PERFIL

Soy una persona responsable, honesta, puntual, cumplidora de mis deberes. Me caracterizo por ser una persona muy atenta con ganas de aprender y superarme cada día un poco más, conseguir un trabajo estable y continuar con mis estudios superiores.

FORMACIÓN ACADEMICA

EXPERIENCIA

23 de marzo del 2021 – 25 febrero del 2024
Auxiliar de cocina • RAMAER SAS.

Enero 20 del 2017 – 20 diciembre 2020
Auxiliar de cocina • NUTRIARTE

Tengo facilidad para relacionarme con las personas, me gusta trabajar en coordinación con las diferentes jefaturas, mi misión en todo empleo es llegar a cumplir los objetivos de la institución y de mi equipo de trabajo.

REFERENCIA LABORAL

JEIMMY HERNANDEZ
Enfermera
Celular: 3102324621

REFERENCIA PERSONAL

LAURA QUINTANA
Jefe de Bodega
Celular: 3133692824

FIRMA

Laura C.

c.c. 1072705603 de Chia.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.072.705.603**

CUBILLOS OCHOA

APELLIDOS

LAURA MAYERLI

NOMBRES

Laura Cubillos

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **09-DIC-1994**

CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

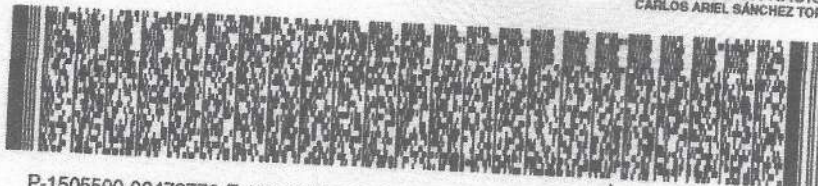
SEXO

17-ABR-2013 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1505500-00473772-F-1072705603-20130922

0035004801A 1

39979107

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1072705603-123762

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	LAURA MAYERLI CUBILLOS OCHOA	Identificación:	1072705603
Género:	FEMENINO Edad: 29	Teléfono:	Móvil: 3203068353
Fecha Nacimiento:	9/12/1994	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	VDA TIQUIZA SC LA CAPILLA	ARL:	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO 4. LIMPIEZA OTICA EN LA EPS
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL. REQUIERE EL USO DE RX PERMANENTE
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
COPROLOGICO	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA ACTIVIDAD LABORAL
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS.

Observaciones: CONTROL Y SEGUIMIENTO POR PROGRAMA DE NUTRICION OR ESPS PAUASAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE REALIZAR ACTIVIDAD FIASICA 150 MINUTOS SEMANALES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
CARDIOVASCULAR	-	PPyP
VISUAL	-	PPyP

Información de Remisiones

NO

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14



Laura Mayerli Cubillos Ochoa



Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-3021/2014 79045474

Firma y cédula del Paciente
LAURA MAYERLI CUBILLOS OCHOA
1072705603

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA
VEREDA DE TIQUIZA DEL MUNICIPIO DE CHÍA CUNDINAMARCA**

CERTIFICA

Que la persona relacionado a continuación, residen en esta vereda desde hace 29 años en el sector La Capilla.

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
LAURA MAYERLI	CUBILLOS OCHOA	CC 1072705603

Dada en Chía Cundinamarca a los 22 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente:



HECTOR ROJAS CABRA

Presidente

Junta De Acción Comunal

Vereda Tiquiza

Cel.: 313 226 7116

Email; jacveredatiquiza@hotmail.com



YINA MARCELA FLORIAN FLORIAN

c.c. 1085177796 de GUAMAL MAGDALENA

Vereda Tiquiza
Sector Los Jotas

3026758528

Yimaflo26@gmail.com

PERFIL

Soy una persona que aprendo rapido y doy lo mejor de mi para realizar bien mis labores.

**FORMACIÓN
ACADEMICA**

**EXPERIENCIA
REFERENCIA
LABORAL**

**REFERENCIA
PERSONAL**

Keny Said Lovato Diaz 3224496001
Netty Villegas Crespo 3011327668

FIRMA

Yina M. Florian

c.c. 1085177796 de Guamal, Magdalena

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.177.796
FLORIAN FLORIAN

APELLIDOS

YINA MARCELA

NOMBRES

YINA M. FLORIAN

FIRMA





26-NOV-1994

FECHA DE NACIMIENTO

**GUAMAL
(MAGDALENA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

A+

ESTATURA

G.S. RH

F

SEXO

30-NOV-2012 GUAMAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Señalada por el Registrador

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-2104000-00433003-F-1085177796-20130425

0032835861A 1

39088686

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS



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



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1085177796-125113

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	29 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	YINA MARCELA FLORIAN FLORIAN	Identificación:	1085177796
Género:	FEMENINO Edad: 30	Teléfono:	NO TIENE Móvil: 3026758522
Fecha Nacimiento:	26/11/1994	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	GRANCOLOMBIA	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	NO REPORTA
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIONOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA EXAMEN DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercado
HERNAN GARCIA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14

Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-0334/2024 79045474



Yina Florian Florian

Firma y cédula del Paciente
YINA MARCELA FLORIAN FLORIAN
1085177796



**EL SUSCRITO PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA
VEREDA DE TIQUIZA DEL MUNICIPIO DE CHÍA CUNDINAMARCA**

CERTIFICA

Que la persona relacionado a continuación, residen en esta vereda desde hace
1 años en el sector La Capilla.

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
YINA MARCELA	FLORIAN FLORIAN	CC 1085177796

Dada en Chía Cundinamarca a los 22 días del mes de noviembre del 2024.

Cordialmente:



HECTOR ROJAS CABRA
Presidente
Junta De Acción Comunal
Vereda Tiquiza
Cel.: 313 226 7116



Email; jacveredatiquiza@hotmail.com