

Yuli Paola Mendivelso Acosta

CC 5301136 de Bogota

Calle 29 #9-42

3202185771

paolitama@hotmail.com

PERFIL

Soy una persona con expectativas claras de trabajar en equipo, responsable, dinámica y proactiva. Me he desempeñado en el área de servicios generales por un tiempo de 6 años, destacandome por ser colaboradora y comprometida con mis responsabilidades. Además, he participado por más de 4 años activamente en la Junta de Acción Comunal del barrio, lo cual refleja mi pasión por servir y ayudar a la comunidad. Estoy enfocada en mi desarrollo personal y profesional, buscando siempre aprender y avanzar en mi carrera.

FORMACIÓN

ACADEMICA

Bachiller Académico
Liceo Femenino de Cundinamarca
Mercedes Nariño Bogota

Técnico Laboral por competencias en auxiliar de jurídico y tribunales
Chía, Cundinamarca
Corporación Educativa de la Sabana CORSABANA
2021-2022

EXPERIENCIA

Casa de familia Mora Duarte

5 años

Mis labores comunes que desempeñaba eran:

Limpieza de oficinas y áreas comunes

Mantenimiento de Baños

Gestión de residuos

Limpieza de cocina y comedor.

Mantenimiento preventivo

Desinfección y Sanitización

fecha de inicio Enero 2019 y Fecha de finalizacion Febrero 2024

Casa de familia Sanchez Forero

3 años

Mis labores en esta casa eran el mantenimiento general de toda la casa.

Fecha de inicio Marzo 2022 y fecha de finalizacion Enero 2024.

Yuli Paola M

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.011.369

MENDIVELSO ACOSTA

RELLIDOS

YULI PAOLA

OMER

[Handwritten signature]



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

25-ABR-2002 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

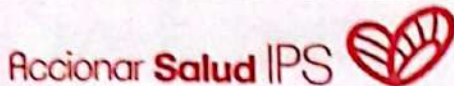


A-1500150-00372506-F-0053011369-20120503

0029783695A

1291759746

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 53011369-123768

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	YULI PAOLA MENDIVELSO ACOSTA	Identificación:	53011369
Género:	FEMENINO Edad: 41	Teléfono:	NO TIENE Móvil: 3202185771
Fecha Nacimiento:	2/10/1983	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CL 19 #9 42	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	TÉCNICO	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
VISIONETRIA	CONTROL ANUAL. SE ENCUENTRA EN PROCESO DE LA OBTENCION DE SU RX OPTICA AEREA
MEDICINA OCUPACIONAL	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS LABORALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO CON EL RIESGO. REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO PERIFERICO.
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	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 paradiagnósticos 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 paradiagnósticos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

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

Médico Especialista en Salud Laboral
ALINA MAYLIN ROMERO CUELLO
0007872019 32780565



Firma y cédula del Paciente
YULI PAOLA MENDIVELSO ACOSTA
53011369



JUNTA DE ACCION COMUNAL BARRIO BACHUE-CHIA (Cund.)

Personería Jurídica Resolución No. 002812 Septiembre de 1992



CERTIFICADO DE RESIDENCIA A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente se certifica al señor(a) Yuli Paola Mendicelso Acosta identificado(a) con T.I. o C.C. No 53.011.369.645 quien se encuentra actualmente residiendo en Calle 19 # 9-42 Barrio Bachue, desde hace 10 años.

La presente se expide en Chia (Cund) a los 15 días del mes de Noviembre de 2024, a solicitud del interesado(a).

Junta de Acción
Comunal Bachue
PRESIDENTE

EMILIA PEÑAZA DE PARDO

Presidente

Junta de Acción Comunal Barrio Bachue

MILENA MARIA MENDOZA MANJARRES

cc. 52.954.564

de BOGOTÁ

Vereda Bojaca
CRA 7ª # 1- 63
Calatrava

322 8298431

m4000mendoza@hotmail.com

PERFIL

Auxiliar de cocina, con espíritu y servicio a la comunidad, amplia sensibilidad social, sentido de pertenencia y responsabilidad, trabajo en equipo, conocimiento e implementación de BPM. Experiencia en atención y servicio al cliente. Preparación de alimentos siguiendo la minuta patron. Aseo y organización, gestión de despensa asegurando el buen estado de los alimentos.

FORMACIÓN ACADÉMICA

EXPERIENCIA

05 feb 2024 hasta 31 octubre 2024

ECONOMA UNION TEMPORAL IDEANDO SOLUCIONES

28 ENE 2023 HASTA 28 NOVIEMBRE 2023

ECONOMA • FUNBIENCOL

15 NOV 2024 hasta 30 diciembre 2024

[Cargo] • [Puesto] • [Nombre de la empresa]

REFERENCIA LABORAL

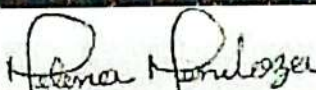
[Hizo esa excelente presentación que obtuvo el aplauso de la crítica. No sea tímido al respecto. Aquí es donde tiene que demostrar lo bien que trabaja y colabora con los demás.]

REFERENCIA PERSONAL

Patricia Meneses Mendoza Hermana 3014378608

Celmira Mendoza Manjarres Madre 3219523488

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52-954:564

MENDOZA-MANJARRES

APELLIDOS
MILENA MARIA

SEXO F

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1983

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O- F

ESTATURA G.S. RH SEXO

17-MAY-2001 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00088565-F-0052954564-20081002 0003973637A 2 1260017642

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 800409631-1



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 52954564-123841

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MILENA MARIA MENDOZA MANJARRES	Identificación:	52954564
Género:	FEMENINO Edad: 41	Teléfono:	no Móvil: 3228298431
Fecha Nacimiento:	18/03/1983	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	CRA 7 A N 1 - 63 CONJUNTO CALATRABA VEREDA BOJACA	ARL:	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	COLFONDOS
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	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FÍSICA 3 VECES POR SEMANA
FROTES 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.

Adriana Butrabi Riveros

ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médico Esp Salud Ocupacional
Unidad del Rosario
Uc/Res.1440-13-05-2022

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



Milena Maria Mendoza Manjarres



Firma y cédula del Paciente
MILENA MARIA MENDOZA MANJARRES
52954564

Cra. 18 No. 18 - 40 (Barrio San Francisco) Chia - Cund. Tel: 8855989 304617777 E-Mail: asistente@accionarsalud.com.co

Impreso: 5/11/2024- 7:04:43 p. m. - Página 1 de 1 - Certificado:52954564 - 123841

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

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

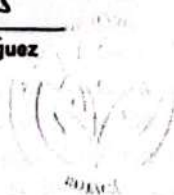


HACE CONSTAR

Que MILENA MARIA MENDOZA MANJARRES identificada con cédula de ciudadanía No. 52.954.564 , es vecina y residente en esta vereda desde hace DOS (2) años y su domicilio está ubicado en el Conjunto calatrava, barrio mercedes de calahorra, casa 23, vereda bojaca del municipio de chia 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

LILIANA MARIA MENDOZA POLO

CC.55301017 de: Barranquilla atlantico

Vereda Fagua
sector tienda
campesina

Cel:3209370686

Correo:lilianamariam1234@gmail.com

PERFIL

Soy una persona responsable, capa de trabajar en equipo, comprometida, y capaz de cumplir con mis deberes

FORMACIÓN ACADEMICA

Basica primaria
ROBINSON
PITALVA
1995

Bachiller académico
JESUS DE LA
BUENA
ESPERANZA
2001

EXPERIENCIA

-11-07-2022 27-11-23
INION INTEGRAL BIENESTAR COLECCTIVO

Auxiliar de cocina

Las principales responsabilidades de una auxiliar de cocina es:
fundamental conocer las técnicas culinarias básicas, saber almacenar
productos alimentarios, trabajo en equipo, limpieza, orden, entre otras

REFERENCIA LABORAL

SANTIAGO MEDINA
Ocup: Gerente
Empresa: U.T.
Bienestar colectivo
Cel: 3212828035

En la empresa U.T. bienestar colectivo SANTIAGO MEDINA era quien
daba las ordenes directas, allí me encargue de ejecutarlas como
manipulador de alimentos y apoyo en las diferentes instituciones donde
fuera necesario. Cumpliendo con las normas de higiene alimentaria,
distribución de alimentos a los niños y ración industrializada

REFERENCIA PERSONAL

SILA VARGAS
Ocup: Ama de casa
Cel: 3042966911

Es una amiga que distingo hace 20 años y puede dar fe de que soy
una persona responsable, honesta y trabajadora

Liliana Maria Mendoza Polo

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.301.017
MENDOZA POLO

APELLIDOS

LILIANA MARIA

NOMBRES

Liliana Maria Mendoza Polo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1983

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

05-JUN-2002 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

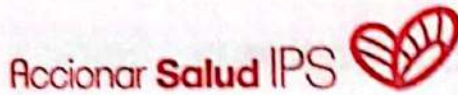


A-0302200-00549602-F-0055301017-20140224

0037389051A 2

3482744553

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 55301017-123823

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 02 nov. 2024 - CHIA
Paciente: LILIANA MARIA MENDOZA POLO
Género: FEMENINO **Edad:** 40
Fecha Nacimiento: 24/12/1983
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: VDA TIQUIZA
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Identificación: 55301017
Teléfono: Móvil: 3209370686
Cargo: ECONOMA
EPS: SANITAS S.A.
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

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, 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.

Adriana Butrabi Riveros

ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médico Esp Salud Ocupacional
Unidad del Trabajo
Ucr/Ries.1640-13-09-2022

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



Liliana Mendoza Polo

Firma y cédula del Paciente
LILIANA MARIA MENDOZA POLO
55301017



**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 **LILIANA MARIA MENDOZA POLO** identificada con **C.C.55.301.017 DE BARRANQUILLA (ATLANTICO)**, es residente de la vereda Fagua **Sector Tienda Campesina** desde hace doce (12) meses, 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**

Melissa Mercado Castrillo

cc. 42482925

de La paz cesar

[Dirección]

3229057179

[Correo electrónico]

Vereda tiquiza,
sector villa juliana

PERFIL

Melissamercadocastrillo@gmail.com

Respetuosa, carismática, responsable, trabajo en equipo.

FORMACIÓN ACADEMICA

Bachillerato culminado
Año 2017
Institución Jose
Celestino Muti

EXPERIENCIA

11/23 01/24
Opraria
Planta Industrial Rio frío

26/02/24 – 04/10/24
[Manipuladora de alimentos]
Unión temporal ideando soluciones

REFERENCIA LABORAL

Fabian Gomez. Teléfono; 3249738753

REFERENCIA PERSONAL

Betsi Batista. Teléfono; 3103369329

Melissa Mercado

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.482.925
MERCADO CASTRILLO

APELLIDOS
MELISSA

NOMBRES

Melissa Mercado

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1983
SANTA ANA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

08-MAY-2002 LA PAZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1200100-00452039-F-0042482925-20130723

0034048760A 1

40619726

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS

ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900409631-1MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 42482925-123767

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MELISSA MERCADO CASTRILLO	Identificación:	42482925
Género:	MASCULINO Edad: 41	Teléfono:	Móvil: 3223057179
Fecha Nacimiento:	29/09/1983	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	VRDA FAGUA SC FANTA	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 DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISTOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS LABORALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO CON EL RIESGO. HABITOS DE VIDA SALUDABLES: ALIMENTACION BALANCEADA Y ACTIVIDAD FISICA REGULAR. CONTINUAR CON TRATAMIENTO Y CONTROLES MEDICOS INSTAURADOS POR EPS POR ENFERMEDAD COMUN.
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
COPROLOGICO	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		
CARDIOVASCULAR		PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION

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

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

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



Médico Especialista en Salud Laboral
ALINA MAYLIN ROMERO CUELLO
000787/2019 32780565



Firma y cédula del Paciente
MELLISSA MERCADO CASTRILLO
42482925

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

CERTIFICA

Que el núcleo familiar relacionado a continuación, reside en esta vereda
Desde hace 1 año en el sector Villa Juliana.

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
MELISSA	MERCADO CASTRILLO	CC. 42482925
NIAM ANDRES	JIMENEZ BATISTA	RC. 1084472023

Dada en Chía Cundinamarca a los 5 días del mes de noviembre de 2024.

Cordialmente:



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

Email; jacveredatiquiza@hotmail.com



Blanca Adilia Montañez

C.c52.027.655 de Bogotá CUNDINAMARCA

Teléfono:
3016631243

[Correo electrónico]

Barrio Mercedes de
C carrera 7 #31-33

PERFIL

Soy una persona positiva y optimista, dispuesta al aprendizaje y la superación personal, con sentido de pertenencia. Responsable, amable, me gusta ser colaborador y sobretodo conservar un ambiente laboral agradable con buena disposición, acepto los errores y trato de corregirlos.

FORMACIÓN ACADEMICA

: Bachiller
Colegio Colegio
SANTIAGO PEREZ
Bogotá, D. C.
Finalización 1985

EXPERIENCIA

Fecha de Inicio: 06/03/2024- fecha de finalización:
04/10/2024
Cargo: Manipuladora de alimentos
Nombre empresa: Unión Temporal Ideando Soluciones.

**EMPRESA COLEGIO MONTEMOREL CARGO: AUXICIAL DE
COCINA SERVICIOS GENERALES FUNCIONES: OFICIOS BARIOS
JEFE LABORADO: DOS AÑOS EMPRESA INVENCIONES DAJU
SÁNCHEZ CARGO: SERVICIOS GENERALES FUNCIONES: OFICIOS
VARIOS**

REFERENCIA LABORAL

Angélica Segura: 3204231958
MIGUEL SANCHEZ: 3162669629

REFERENCIA PERSONAL

MARILUZ GONZALEZ:312317 3175

BLANCA A MONTAÑEZ

C.C52.027.655 de Bogotá.

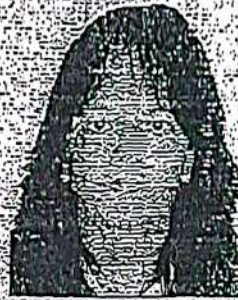
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.027.655
MONTANEZ GOMEZ

APELLIDOS
BLANCA ADILIA

NOMBRES

[Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1969
GARAGOA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

O+

F

ESTATURA

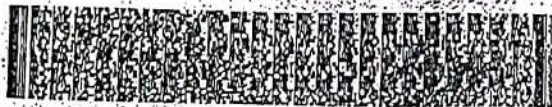
G.S. RH

SEXO

29-JUN-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES



A-1505500-00070921-F-0652027535-20080915

9922342101.1

1800004207

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 52027655-123851

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	BLANCA ADILIA MONTAÑEZ GOMEZ	Identificación:	52027655
Género:	FEMENINO Edad: 54	Teléfono:	no Móvil: 3016631243
Fecha Nacimiento:	26/12/1969	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	VEREDA CERCA DE PIEDRA SECTOR SANTO TOMAS	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	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
VISIONOMETRIA	USO DE RX GAFAS PERMANENTES. USP DE EPP. 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 JANSEN
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: REALIZA-R PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLES DIETA BALANCEADA REALIZAR ACTIVIDAD FIICA 15 MINUTOS SEMANALES

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiologica 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
Medico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14



Blanca Adilia Montañez Gomez



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

Firma y cédula del Paciente
BLANCA ADILIA MONTAÑEZ GOMEZ
52027655

**JUNTA DE ACCION COMUNAL
VEREDA CERCA DE PIEDRA
"SECTOR LA LIBERTAD"**

Personería Jurídica No. 204 de Octubre 01 de 2001
NIT: 901.180635-7

No. 217-2024

**LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA
CERCA DE PIEDRA SECTOR "LA LIBERTAD"**

CERTIFICA

Que BLANCA ADILIA MONTAÑEZ GÓMEZ identificada con cédula de ciudadanía número 52.027.655 expedida en Bogotá D.C., reside actualmente en esta vereda por la variante Chía a Cota Km 1.5, desde hace ocho (8) años, en predios del señor Jesus María Triviño.

La presente certificación tiene una validez de 30 días calendario y se expide en el Municipio de Chía, a los diecinueve (19) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



WILIAM ENRIQUE BOSSA
Vicepresidente – JAC
Presidente (e)

Vereda Cerca de Piedra "Sector La Libertad"
Correo electrónico: juntacercadepiedralalibertad@gmail.com

Yenny Fernanda Mora Pérez

C.C: 1.072.654.870 deChIA

PERFIL

Me caracterizo por ser una persona responsable, puntual y comprometida con mi trabajo.

FORMACIÓN ACADEMICA

2006: Bachiller en
Ciencias

EXPERIENCIA

Fecha de Inicio: 17/07//2024- fecha de finalización:
27/10/2024

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

Fecha de Inicio: 03/03/2023 fecha de Finalización:
15/06/2024

Responsabilidades: manejo de personal, manejo de
inventarios, elaboración de menús según la minuta patrón.

REFERENCIA LABORAL

Santiago Medina: 321 2828035 (Unión Temporal Bienestar
Colectivo)

**REFERENCIA
PERSONAL**

- Jhon Sastoque: 3115563848
Yaneth Ochoa: 3115183212

Jenny Fernanda Mora

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.072.654.870

MORA PEREZ

APELLIDOS

JENNY FERNANDA

NOMBRES

Jenny Mora

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1989

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

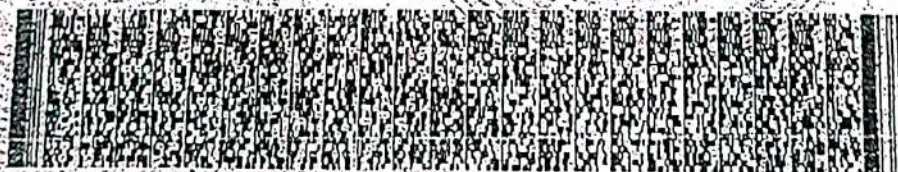
F

SEXO

28-DIC-2007 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

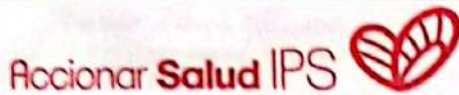


P-1505500-00156316-F-1072654870-20090514

0011489481A 2

25888101

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1072654870-123856

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	05 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	JENNY FERNANDA MORA PEREZ	Identificación:	1072654870
Género:	FEMENINO Edad: 34	Teléfono:	NO TIENE Móvil: 3125544530
Fecha Nacimiento:	18/11/1989	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CRA 7 # 6 16 INT 6 BARRIO LOS ZIPAS	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	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
VISIONOMETRIA	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
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

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 Campesino y Laboral
R.O. 25-3021/14



Jenny Fernanda Mora Pérez

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

Firma y cédula del Paciente
JENNY FERNANDA MORA PEREZ
1072654870



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 el señora **JENNY FERNANDA MORA PEREZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.072.654.870 de Chía, reside con su grupo familiar hace 1 mes en la residencia del señor Evangelista Mora Bolívar, ubicada en la carrera 7 A No. 3a - 93, Barrio Santa Lucia.

Esta certificación se expide a solicitud de los interesados, en Chía a los 12 días del mes de noviembre del año 2024.

Atentamente,


ALVARO MORENO B.
TEL. 3106493062
Presidente

Moreno Galindo Lorena

Cc. 1069178359

de Ricaurte (c/marca)

Calle 33 # 1-61

3155021258

Morenogalindolorena22@gmail.com

PERFIL

Una persona organizada que cumple con las labores y requerimientos que se le exigen; poseo valores como la responsabilidad, respeto, puntualidad, liderazgo y el trabajo en equipo, me considero una persona con una alta facilidad de absorber conocimientos teóricos y prácticos. Con experiencia en limpieza y desinfección de hogares, oficinas, etc.

FORMACIÓN ACADÉMICA

PRIMARIA: Escuela Rural
El Paso Ricaurte (C/marca)
Grado: 5°

SECUNDARIA: I.E.D
Antonio Ricaurte
Ricaurte (C/marca)
Grado: 11°

OTROS CURSOS:
Atención a la primera infancia.
Chía (C/marca)
Actualmente

EXPERIENCIA

05/01/2022 - 31/05/2022
Auxiliar de cocina • Operarios • POSTRES SANTA ROSA

08/02/2023 - 25/11/2023
Manipuladora de alimentos • Operarios • FUNDACION BIENESTAR COLECTIVO

Como cocinera, he tenido el privilegio de desempeñar un papel fundamental en la creación de experiencias culinarias para mejorar. Mi enfoque en ofrecer un excelente servicio se refleja en cada plato que preparo, asegurando que cada comensal se sienta valorado y satisfecho. Además, me enorgullezco de ser una líder colaborativa en la cocina, fomentando un ambiente de trabajo positivo y motivador para mis compañeros. Mi compromiso es siempre hacer las cosas de la mejor manera posible, manteniendo altos estándares de calidad y presentación en cada preparación.

REFERENCIA LABORAL

Nombre: Nelson Mendoza
Ocupación: Supervisor
Celular: 3136499620

Nombre: Nini Johana Lozano
Ocupación: Jefe de personal
Celular: 3108610649

REFERENCIA PERSONAL

Nombre: Janeth Galindo
Ocupación: Ama de casa
Celular: 3103267641

Nombre: Alfonso Moreno
Ocupación: Obrero
Celular: 3195963450

Lorena Moreno G

FIRMA

Lorena Moreno G

1069178359

Ricaurte

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.069.178.359

MORENO GALINDO

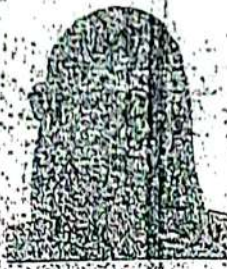
APELLIDOS

LORENA

NOMBRES

Lorena Moreno 6

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1996

RICAURTE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

16-ENE-2015 RICAURTE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1521800-01085112-F-1069178359-20190718

0066506099A 2

9908597715

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1069178359-123810

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	LORENA MORENO GALINDO	Identificación:	1069178359
Género:	FEMENINO Edad: 28	Teléfono:	Móvil: 3155021258
Fecha Nacimiento:	22/06/1996	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	BOJACA	ARL:	SURA
Escolaridad:	TÉCNICO	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 AUDICION NORMAL BILATERAL
VISIONOMETRIA	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.

agb

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



Lorena Moreno



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

Firma y cédula del Paciente
LORENA MORENO GALINDO
1069178359



MERCEDES DE CALAHORRA



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

CERTIFICADO DE VECINDAD

Que el(a) señora **LORENA MORENO GALINDO** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° 1.069.178.359; Reside en la Calle 33 # 1 – 61 del barrio, hace más de 10 años, lo anterior para que presente en constancia a solicitud del interesado.

Se expide en Chía, Cundinamarca a los 13 días del mes de Noviembre del 2024

Atentamente


J.A.C.
MERCEDES DE CALAHORRA
Jimmy Beltran Ramos
PRESIDENTE

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° 1ª-48 MERCEDES DE CALAHORRA
CHIA, CUNDINAMARCA

LUZ ANGELA MUÑOZ LEGUIZAMON

DIRECCION: Vereda Fagua Chía Cundinamarca

TELEFONOS : 3202817240 / 3142904638

CORREO ELECTRONICO : ravelom031@gmail.com



PERFIL: Bachiller académico con experiencia en recibo de materia prima y producto terminado, organización ,clasificación ,empaque ,etiquetado, control de calidad diligenciamiento de planillas de producto alistamiento de despachos, cargue y descargue de mercancía y realización de aseo al lugar de trabajo . Con adaptabilidad orientación a resultados y seguimiento de instrucciones y trabajo en equipo, y con la actitud de seguir adelante con mis sueños y metas a corto, mediano y largo plazo.

ESTUDIOS REALIZADOS

BACHILLER ACADEMICO: Colegio C.E.A.M Chía Cundinamarca año 2015

BACHILLER BASICO: Colegio C.E.A.M Chía Cundinamarca año 2013

PRIMARIA : Escuela Rural Tibita Villapinzon Cundinamarca año 2006

CURSOS ADICIONALES REALIZADOS: Aspectos Sanitarios en la Nutrición y la Alimentación Institución SENA año 2023 y Iniciación en armonía musical año 2023

EXPERIENCIA LABORAL

PLANTACIONES RAVELO

DIRECCIO : Vía Chía – Cota

TELEFONO : 3115125881

JEFE INMEDIATO: Luz Marina Portilla

TIEMPO LABORADO: Del 12 de febrero del año 2024 al 10 de Agosto del 2024

CARGO Y FUNCIONES : Operaria de oficios varios como aseo general de punto de trabajo alistamiento de los productos del vivero y regado de las plantas atención al cliente cuando lo requiera el punto de venta y limpieza de exteriores y interiores del punto de venta y entre otras funciones .

EMPRESA NEW BRANDS S.A.S

DIRECCION : Calle 2 No 12-26 Chía Cundinamarca

TELEFONO : 3125028767/ 3156020731

INGENIERA : Luz Dary

JEFE INMEDIATO : Henry Alfredo Martínez

TIEMPO LABORADO : Del 24 de Agosto del año 2024 al 01 de Junio del año 2020

CARGO Y FUNCIONES : operaria de producción manejo de maquina de fabricación de cubos y paletas artesanales empaque y sellado de las mismas auxiliar de máquinas frigos y fechadora también funciones como aseo en puesto de trabajo y preparación de mezclas para producto y trabajo en equipo.

RESTAURANTE TERRA FUNSSION

DIRECCION : Chía Centro Histórico

TELEFONO : 3168717519 /3115780218

JEFE INMEDIATO : Sandra Bueno

TIEMPO LABORADO : Del 27 de junio del año 2017 al 29 de julio año 2017

CARGO Y FUNCIONES : : Auxiliar de cocina y oficios varios como lavar platos picar alimentos alistamiento de frutas y verduras y aseo general del establecimiento principalmente la cocina una buen atención al cliente.

TEMPORAL SUMITEMP PARA BELCORP TOCANCIPA

DIRECCION : Bogotá Barrio Teusaquillo

TELEFONO : 3204020 ext 115 / 3158652258

JEFE INMEDIATO : Leonardo Jefe Zona

TIEMPO LABORADO : Del 05 de diciembre del año 2016 al 07 de Enero del año 2017

CARGO Y FUNCIONES : auxiliar de producción mis funciones como empacadora de productos cosméticos como perfumes, esmaltes, etc. Y también fechado delos mismos y mirar lotes verificación del producto estuvieran en buenas condiciones para el empackado.

TEMPORAL SERO PARA PARMALAT

DIRECCION : Carrera 45 No 93-86 Barrio la Castellana

TELEFONO : 7424979 / 3186398322

JEFE INMEDIATO : Catalina Muñoz

TIEMPO LABORADO : Del 05 de Diciembre del año 2014 al 08 de Mayo del año 2016

CARGO Y FUNCIONES : Auxiliar de producción y oficios varios como empacadora de productos lácteos fermentados mis funciones eran fechado, lotes de productos, verificación de sellado y aseo general en el área de trabajo.

REFERENCIAS FAMILIAR Y PERSONAL

NOMBRE : José Muñoz

PARENTESCO : Padre

TELEFONO : 3202333100

NOMBRE : Paola Cifuentes

PROFESION : Niñera

TELEFONO : 3208666296

Luz Angela Muñoz

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.007.141.542**
MUÑOZ LEGUIZAMON

APELLIDOS
LUZ ANGELA

NOMBRES

Luz Angela Muñoz L

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1995**

VENTAQUEMADA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

O+

GRUPO SANG. RH

F

SEXO

27-FEB-2013 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1505500-00441615 F-1007141542-20130619

0033506841A 1 39505363

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 800409631-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1007141542-125841



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 17 dic. 2024 - CHIA
Paciente: LUZ ANGELA MUÑOZ LEGUIZAMON
Género: FEMENINO Edad: 29
Fecha Nacimiento: 17/02/1995
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: VEREDA FAGUA
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS
Misión/Contrato/
Centro de Costo: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Identificación: 1007141542
Teléfono: no Móvil: 3202817240
Cargo: AUXILIAR DE COCINA
EPS: SANITAS S.A.
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

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	SEGUIMIENTO POR OPTAMOLOGIA Y USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, CONTINUAR CON ACTIVIDAD FISICA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
EDH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACIÓN (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

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 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.



Simed Especialista en Salud Laboral
Asesoría y Capacitación en Seguridad
Especialistas en Seguridad



Luz Angela



Firma y sello del Paciente
LUZ ANGELA MUÑOZ LEGUZAMON
1007141542

**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA FAGUA
PERSONERIA JURIDICA 2750-66**



CERTIFICA

Que el siguiente núcleo familiar reside en la Vereda Fagua (**Sector San Miguel**), desde hace doce (12) años, además son personas honorables, responsables, y con un compromiso serio frente a las labores que le son encomendadas.

NOMBRES:	APELLIDOS:	DOCUMENTO:
LUZ ANGELA	MUÑOZ LEGUIZAMON	C.C. 1007141542
IVAN CAMILO	RAVELO MUÑOZ	R.C. 1073485748

Dada en Chía (Cundinamarca), a los 25 días del mes de noviembre de 2024 a solicitud de los interesados.

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

FLOR MARIA NOVOA

cc. 20472352 DE CHIA CUND

CR 5a#30-42

Teléfono:3112449190

VRA BOJACA

PERFIL

FLORNOVOA2019@GMAIL.COM

SOY UNA PERSONA CUMPLIDORA DE MIS DEBERES, RESPONSABLE DISPUESTA
PRENDER

FORMACIÓN ACADEMICA

2024: Bachiller

EXPERIENCIA

Fecha de inicio: 26/02/2024

Fecha de culminación: 04/10/2024

Manipuladora de alimentos

Unión Temporal Ideando Soluciones

U. T FUNBIECOL 26/01/2024

23/11/2023

Descripción:

Soy Responsable, activa, puntual,

Buen trabajo en equipo.

REFERENCIA LABORAL

Angélica Segura: 3204231958

Luisa cortes :3132548043

REFERENCIA PERSONAL

Monica bedoya : 3125010497

Economa

FIRMA

Flor Novoa c.c.20.472.352de: CHIA CUNDINAMARCA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.472.352

NOVOA HERRERA

APELLIDOS
FLORES MARIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1964

FOMEQUE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 A+ F

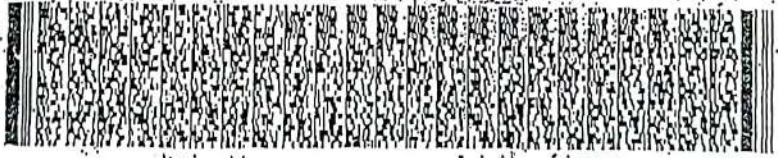
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-JUL-1982 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INVOICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1505500-00836607-F-0020472352-20160617 0050133279A 1 1803818632

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 20472352-123806



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	FLOR MARIA NOVOA HERRERA	Identificación:	20472352
Género:	FEMENINO Edad: 60	Teléfono:	Móvil: 3112449190
Fecha Nacimiento:	31/01/1964	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	VDA BOJACA	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
VISIONETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, DISMINUIR GRASAS Y HARINAS PARA REDUCCION DE PESO, 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.

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

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



Firma y cédula del Paciente
FLOR MARIA NOVOA HERRERA
20472352

trabajamos 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**

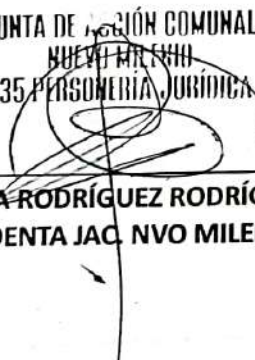
CERTIFICA QUE:

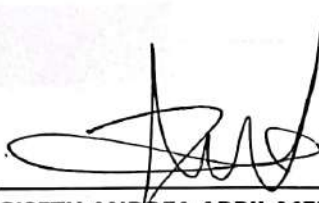
Que la señora **FLOR MARIA NOVOA** identificada con CC **20.472.352** de Chia Cundinamarca, reside en esta urbanización en la Carrera 5A Número 30 - 42 Manzana G casa 13, desde hace veinte tres años (23) años.

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

MARIA ELVIRA OCHOA GIL

cc.20472281 de chia

Vereda tiquiza sector la
capilla

3118880447

PERFIL

Me considero una persona responsable, creativa, bien organizada y siempre puntual. Acepto con entusiasmo los desafíos que se presentan y tengo una habilidad natural para relacionarme con los demás. Trabajar en equipo y resolver problemas de manera eficiente son habilidades que he desarrollado a lo largo de mi experiencia laboral. Además, siempre me esfuerzo por alcanzar las metas establecidas tanto por la empresa como por mi grupo de trabajo.

FORMACIÓN
ACADEMICA —

EXPERIENCIA

Bachiller

Mayo 2020-Diciembre 2023
Auxiliar de cocina • La cupula
Enero 2012-Marzo 2020
Auxiliar de cocina • Nutriarte

REFERENCIA LABORAL

La cupula
Jefe inmediato: Juan Carlos Junca
Teléfono: 3164692009

Nutriarte
Jefe inmediato: Juan Manuel Gio
Teléfono: 3003537006

REFERENCIA PERSONAL

Sandra Vargas
Teléfono: 3105682123

FIRMA

Maria Elvira Ochoa. Gil c.c. 20472281 de chia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.472.281

OCHOA GIL

APELLIDOS

MARIA ELVIRA

NOMBRES

Maria Elvira Ochoa Gil

FIRMA



INDICE DERECHO

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

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

A+

F

ESTATURA

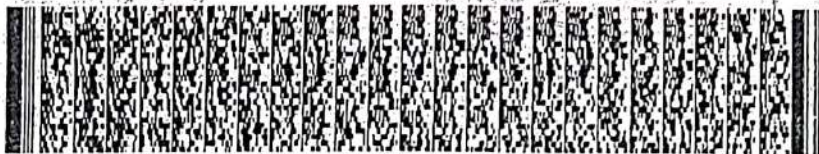
G.S. RH

SEXO

14-DIC-1981 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

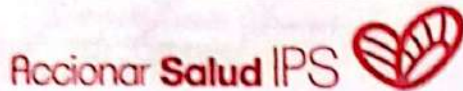


A-1505500-00065222-F-0020472281-20080905

0002985140A 1

1810008534

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 20472281-123779

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MARIA ELVIRA OCHOA GIL	Identificación:	20472281
Género:	FEMENINO Edad: 63	Teléfono:	NO Móvil: 3118880447
Fecha Nacimiento:	10/02/1961	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	VEREDA TIQUIZA SECTOR LA CAPILLA	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, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 2 DOSIS E PFIZER
PROTIS 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: PAUSAS ACTIVAS HABITOS D E VIA SALUADABLE DIETA BALACEDA ACTIVIDAD FISICA 150 MINUTOS SEMANALES

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

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



Maria Elvira C



Firma y cédula del Paciente
MARIA ELVIRA OCHOA GIL
20472281

**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
Hace 62 años en el sector LA CAPILLA.

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
MARIA ELVIRA	OCHOA GIL	CC. 20472281

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

Cordialmente:



HECTOR ROJAS CABRA
Presidente

Junta De Acción Comunal
Vereda Tiquiza
Cel.: 313 226 7116

Email; jacveredatiquiza@hotmail.com

EDITH OLMOS PUGLIESE

C.C1042422186 de SOLEDAD ATLANTICO

Teléfono:
3138335367

[Correo electrónico]

VEREDA LA
BALSA SECTOR
LAS JUNTAS

PERFIL

EDITHSOCORROOLMOS@GMAIL.CO
M

Me considero una persona responsable, creativa, con iniciativa y puntualidad, asumo con agrado los retos y metas que su organización me pudiera plantear; con buen manejo de relaciones interpersonales, facilidad para trabajar en equipo, en condiciones de alta presión, así como para resolver problemas eficientemente y lograr las metas trazadas por la empresa y mi grupo de trabajo.

FORMACIÓN
ACADEMICA —
: Bachiller TECNICO

COLEGIO
TECNICO MI
FUTURO

EXPERIENCIA

Unión temporal ideando soluciones Cargo: ecónoma Jefe
Inmediato: Angélica segura Teléfono: 3204231958 -
3249738753 Tiempo: Febrero 26 2024- octubre 04 2024

FUNDACION PURA VIDA Cargo: Auxiliar de cocina Jefe
Inmediato: Alejandra Torres Teléfono: 8709600 Tiempo:
septiembre 22 de 2021 - diciembre 19 de 2021.

REFERENCIA LABORAL

Angélica Segura: 3204231958
Alejandra Torres Teléfono: 8709600

REFERENCIA PERSONAL

Wilson Olivo Orozco empleado
Tel: 3232294711

EDITH OLMOS PUGLIESE

C.C1042422186 de SOLEDAD
ATLANTICO

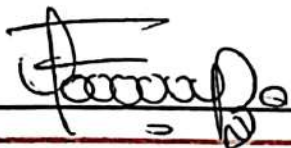
REFERENCIA
LABORAL

Mayerli Andrea Parra Sarmiento
Gerente Hemaga SAS
Celular: 3 10 2826329

REFERENCIA
PERSONAL

Jorge Muñoz Diaz
Gerente servicios de tecnología KPMG
Celular: 3124485943

FIRMA

 c.c. 52.855.659 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.042.422.186

OLMOS PUGLIESE

APELLIDOS

EDITH DEL SOCORRO

NOMBRES

Edith Olmos P.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
SABANALARGA
(ATLANTICO)

23-ABR-1987

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

O+

ESTATURA

G.S. RH

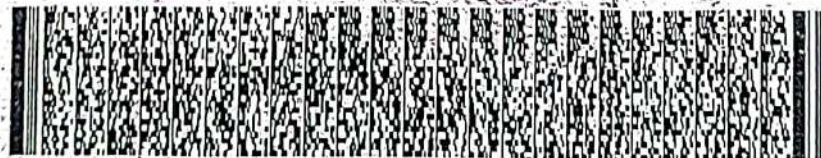
F

SEXO

21-JUN-2005 SOLEDAD

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1505500-00022620-F-1042422186-20160505

0049641063A 1

1803902476

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1042422186-123766



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	EDITH DEL SOCORRO OLMOS PUGLIESE	Identificación:	1042422186
Género:	FEMENINO Edad: 37	Teléfono:	Móvil: 3138335367
Fecha Nacimiento:	23/04/1987	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	VEREDA LAS JUNTAS	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	COLFONDOS
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	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
VISIONOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	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

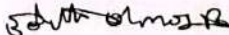
En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y 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.


ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médica Esp Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Uc/Ros.1640-1305-2022
Médico Especialista en Salud Laboral
ADRIANA GABRIELA BUTRABI RIVEROS
1640/2022 35264898







Firma y cédula del Paciente
EDITH DEL SOCORRO OLMOS PUGLIESE
1042422186



JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL LAS JUNTAS

PERSONERÍA JURÍDICA No. 1097 DE MAYO DE 1985

CHIA CUNDINAMARCA
VEREDA LA Balsa, SECTOR LAS JUNTAS

No. ^V₂₀ 141

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

Chía, 09 de noviembre de 2024

El suscrito Presidente de la Junta de Acción Comunal de la Vereda la Balsa sector Las Juntas certifica que

la señora Edith del Socorro Olmos Pugliese

Identificado con C.C. No: 1042422186 es residente de la Vereda la Balsa, Sector las Juntas en la

siguiente dirección: finca Villa Liliara - entrada colegio San Diego

Tiempo de residencia: 2 años

Teléfono fijo

Celular: 3138335367

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a).

ALVARO OVALLE CERINZA
Presidente JAC

CLARA INES KING
Secretaria

Celmira Ordoñez Bejarano

cc. 1073603353

de Pacho cund

Vereda cerca de piedra
sector Treboles chia

3142419255

Celmirao49@gmail.com

Soy una persona
responsable, honesta
respetuosa y dedicada a
mis labores y dispuesta a
seguir aprendiendo

PERFIL

FORMACIÓN ACADEMICA

IED La Palmita Pacho 5° 2002
IED PIO XII Pacho 9° 2006

EXPERIENCIA

01 de Agosto 2023 – 30 noviembre de 2023
oficios varios • cocina y aseo • Gimnasio Campestre Big
Talents

26 febrero 2024–04 Octubre 2024
economía • alistamiento y preparación de alimentos • UT
Ideando Soluciones

REFERENCIA LABORAL

Juan Camilo Mojica 311 8130600 GCBT

REFERENCIA PERSONAL

Ana Elvia Neuque 3112947807
Carolina Bautista 3144022849

FIRMA

Celmira Ordoñez Bejarano

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.603.353

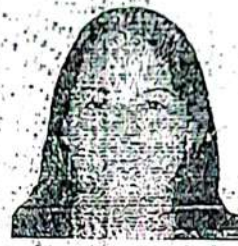
ORDÓÑEZ BEJARANO

APELLIDOS

CELMIRA

NOMBRES

Celmira Ordóñez Bejarano
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

02-MAY-1991

PACHO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

08-MAY-2009 PACHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1519000-00164324-F-1073603353-20090725

0013934032A 1

25991124

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1073603353-123830

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 02 nov. 2024 - CHIA
Paciente: CELMIRA ORDOÑEZ BEJARANO
Género: FEMENINO **Edad:** 33
Fecha Nacimiento: 2/05/1991
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: VEREDA CERCA DE PIEDRA
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: IDEANDO SOLUCIONES SAS -

Tipo de Examen: INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Identificación: 1073603353
Teléfono: no **Móvil:** 3142419255
Cargo: ECONOMA
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

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	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

CARDIOVASCULAR

PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION

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

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

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

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



Celmira E



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

Firma y cédula del Paciente
CELMIRA ORDOÑEZ BEJARANO
1073603353

	JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA CERCA DE PIEDRA.	CÓDIGO: JAC-CV-01
	Personería Jurídica del Ministerio de Justicia Resolución No. 3947 de Sep. 12 de 1.967	VERSIÓN:001
		FECHA: 20/ 04/2023

consecutivo: 214

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA CERCA DE PIEDRA.
Personería Jurídica del Ministerio de Justicia Resolución No. 3947 de Sep. 12 de 1.967

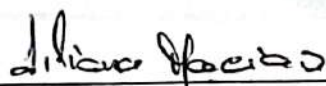
CERTIFICA:

Que la señora relacionada a continuación es residente del sector Los Tréboles de la Vereda Cerca de Piedra, desde hace 1 año, se caracteriza por ser una persona de culta y sana convivencia, quien realiza la solicitud del certificado de Vecindad con fin laboral.

APELLIDOS	NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
ORDÓÑEZ BEJARANO	CELMIRA	CC 1.073.603.353 de Pacho

El presente documento se expide a solicitud de la interesada a un día (1) días del mes de noviembre del dos mil veinticuatro (2024).

En Constancia firma:



Liliana Macías Becerra.
Secretaria.

Vereda Cerca de Piedra, Sector Pueblo Fuerte, Teléfono: 3213218130

ANA MILENA OSPINO MOZO

cc. 1.065.657.356 de VALLEDUPAR

Carrera 2b # 5 -45

3227042274

Ospinamozoamail.com

PERFIL

Soy una persona responsable, honesta trabajadora, con aptitudes de buen desempeño laboral trabajo en equipo.

**FORMACIÓN
ACADEMICA**

**EXPERIENCIA
REFERENCIA
LABORAL**

Casalimpia s.a. Cargo: operaria de aseo 2021
Sofual s.a. operaria de aseo. 2019
Serviland s.a. operaria de aseo. 2022

**REFERENCIA
PERSONAL**

Yessica Castañeda cel: 3132734851
Jose Ramirez Cel: 3222297577

ANA Ospino

FIRMA

ANA MILENA OSPINO MOZO C.C. 1.065.657356 DE VALLEDUPAR

COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.065.657.356

OSPINO MOZO

APELLIDOS
ANA MILENA

NOMBRES
ANA OSPINO




FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1992

BOSCONIA*
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 0+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-NOV-2011 VALLEDUPAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL MARCHES TORRES

INDICE DERECHO



P.1200100-00360414-F-1065657356-20120213 0029178826A 1 37581233

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1065657356-125610

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 dic. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	ANA MILENA OSPINO MOZO	Identificación:	1065657356
Género:	FEMENINO Edad: 32	Teléfono:	NO TIEND Móvil: 3227042274
Fecha Nacimiento:	17/06/1992	Cargo:	ECONOMO (A)
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	CRA 2B #5 45	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 Y USO DE CORRECCION OPTICA CUANDO LO REQUIERA
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

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
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



Ana Ospino

Firma y cédula del Paciente
ANA MILENA OSPINO MOZO
1065657356





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



Chía, 05 de Diciembre 2024

Código de Verificación 202435347356

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

Por medio de la presente quien suscribe certifica a **Ana Milena Ospino Mozo** , con cedula de ciudadanía No. **1.065.657.356**, se encuentra actualmente residente en la **Carrera 2b # 5-45** , en el barrio Cairo desde hace 8 meses .

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

📧 Email: j.a.c.barrioelcalrochia@gmail.com 📱 WhatsApp: 3025264142 📞 Móvil: 3025264142
• Dirección; Calle 6 No 1 – 1a Salón comunal Barrio El Cairo

GINA PAOLA PIRACHICAN CRUZ

cc. 1072661292

de CHIA

KL2 VIA CHIA COTA

3134579711

Ginapaolapirachican@gmail.com

PERFIL

Me considero una persona responsable, cumplida con mi trabajo, honesta, amigable, con una muy buena actitud para trabajo en equipo y muy buenas capacidades de aprendizaje.

FORMACIÓN ACADEMICA

2010-2019

Básica secundaria
Colegio departamental
Jose Joaquin Casas.

EXPERIENCIA

6 enero 2023-15 de diciembre 2023
Operaria • OCATI SA

febrero 2019-mayo 2022
oficios varios • Serincon

OCATI SA: Operaria de empaque
SERINCON: Encargada de oficios varios en casas de familia

REFERENCIA LABORAL

-Sergio Lloreda
jefe inmediato- OCATI SA
3118487246
-Juanita Nicol
Jefe Inmediata SERINCOL
3133362559

REFERENCIA PERSONAL

-Sandra Patricia Molina
Prima
3204427797
-Rosalba Bossa
Amiga
3013167092
Gina Paola Piraquichan

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

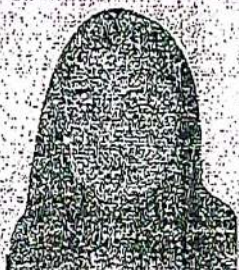
NUMERO 1-072-661-292

PIRACHICAN CRUZ

APELLIDOS
GINA PAOLA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1991

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

21-JUL-2009 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

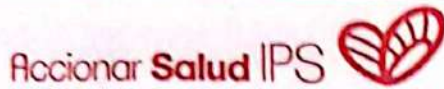
INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL BANCHEZ TORRES



A-1505500-00281077-F-1072661292-20110216 0025811669A 1 35832290

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1072661292-123685

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 01 nov. 2024 - CHIA
Paciente: GINA PAOLA PIRACHICAN CRUZ
Género: FEMENINO **Edad:** 33
Fecha Nacimiento: 3/06/1991
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: KM 2 VIA CHIA COTA
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1072661292
Teléfono: Móvil: 3134579711
Cargo: ECONOMATO
EPS: SANITAS S.A.
ARL: NO REPORTA
AFP: PROTECCION S.A.

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
VISIONOMETRIA	CONTROL ANUAL
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
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: ALIMENTACION SALUDABLE, BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR MINIMO 1 HORA 3 VECES A LA SEMANA.

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

NO

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiologica 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.

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



Firma y cédula del Paciente
GINA PAOLA PIRACHICAN CRUZ
1072661292



No. 211-2024

**LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA
CERCA DE PIEDRA SECTOR "LA LIBERTAD"**

CERTIFICA

Que GINA PAOLA PIRACHICAN CRUZ identificada con cédula de ciudadanía número 1.072.661.292 expedida en Chía - Cundinamarca, reside actualmente en esta vereda en el kilómetro uno (1) variante Chía a Cota, camino la vega desde hace ocho (8) años, en predios de la señora Nancy Garzón Álvarez.

La presente certificación tiene una validez de 30 días calendario y se expide en el Municipio de Chía, a los dieciséis (16) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



WILIAM ENRIQUE BOSSA
Vicepresidente – JAC
Presidente (e)

LUZ ESTELA PISCO RUIZ

c.c. 35.476.977 de Chia, Cundinamarca

Vra. Samaria sector la
escuela

3105137157

Estellapisco2020@gmail.com

PERFIL

Me concidero una persona responsable, capaz y colaborativa, con ganas de aprender cada dia, con experiencia de mas de 20 años en Aux. de cocina.

FORMACIÓN ACADEMICA —

Bachiller

29/02/2024 – 04/10/2024

Economa • Manipuladora • Alimentarte Chia

15/07/2023 – 05/01/2024

Aux. de cocina • Cocina • Colegio Meryland

07/10/2005 – 02/11/2020

Aux. de cocina • Cocina • Andres Carne De Res

Auxiliar de cocina

REFERENCIA LABORAL

Mas de 20 años en Aux. de cocina

REFERENCIA PERSONAL

Leidy Rincon Tel: 322 8575830 ~

Julieth Dominguez Tel: 322 4619893

FIRMA



Luz Estela Pisco Ruiz c.c. 35.476.977 de Chia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.476.977
PISCO RUIZ

APELLIDOS
LUZ ESTELA

NOMBRES

Luiz Estela Ruiz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1973

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 O+
ESTATURA G.S. RH

F
SEXO

03-JUL-1992 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

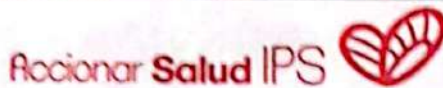


A-1505500-00207889-F-0035476977-20100106

0019675385A 1

1800109705

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35476977-123785

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	LUZ ESTELA PISCO RUIZ	Identificación:	35476977
Género:	FEMENINO Edad: 51	Teléfono:	Móvil: 3105137157
Fecha Nacimiento:	24/10/1973	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	VEREDA SAMARIA SECTOR LA ESCULA	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	COLFONDOS
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	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
VISIONOMETRIA	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 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: PAUISAS A CTIVA HABITOIS DE VIDA SALUDABLE ACTIVIDAD FIICA 150 MINUTOS SEMANALES

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



Luz Estela Pisco Ruiz



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

Firma y cédula del Paciente
LUZ ESTELA PISCO RUIZ
35476977

Cra. 18 No. 18 - 40 (Barrio San Francisco) Chia - Cund. Tel: 8855989 3046177777 E-Mail: asistente@accionarsalud.com.co

Impreso: 2/11/2024-2:25:08 p. m. - Página 1 de 1 - Certificado:35476977 - 123785

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

**LA PRESIDENTA DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE
SAMARIA**

HACE CONSTAR QUE:

La señora **LUZ ESTELA PISCO RUIZ** identificada con cedula de ciudadanía No 35.476.977 de Chía, reside hace veinticinco (25) años en la vereda Samaria en la dirección Cr 5 Este # 6 A - 51, en calidad de vivienda familiar.

La presente se expide a solicitud del interesado a los quince (15) días del mes de noviembre de 2024.

Con motivo: Requisito laboral.

La presente es válida a partir de la fecha por Treinta (30) días.

Cordialmente;



Yulle Yohana Sánchez Alarcón
Presidente J.A.C Samaria

Calle 6B No. 4# Este - 31 Samaria
Tel. 3123071164 - 304 3935788
Chía - Cundinamarca

ROSA PLAZAS

cc.51799323

de Bogotá

vereda fagua
polideportivo

3124964588

rosycryspr

@gmail.com

PERFIL

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

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

FORMACIÓN ACADÉMICA —

Estudios Primarios:
Colegio Maria
Auxiliadora Chia centro

Estudios Secundarios:
Colegio Maria
Auxiliadora Bachiller comercial

EXPERIENCIA

- **ALIMENTARTE CHIA**
cargo: *economa*
inicio: 12 Octubre 2024 finalización: *Pendiente*
- **IDEANDO SOLUCIONES**
cargo: *economa*
inicio: 26 Febrero 2024 finalización: 04 Octubre 2024
- **FUNDACIÓN INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO (FIPADH)**
Cargo: *Servicios generales*
inicio: 1 Agosto 2022 finalización 16 Diciembre 2022

REFERENCIA LABORAL

- **RODRIGO ESCORCIA**
Teléfono: 8626988
- **MELISSA NIÑO**
Teléfono: 3014404797
- **FREDY MURCIA**
Teléfono: 8620846

REFERENCIA PERSONAL

- **Yamile Plazas Ramirez**
Teléfono: 3134606358
- **Daniela Vargas**
Teléfono: 3002614678

FIRMA

Rosa Plazas Ramirez

c.c. 51799323 de Bogota

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900429631-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 51799323-123744



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 01 nov. 2024 - CHIA
Paciente: ROSA CRISTINA PLAZAS RAMIREZ
Género: FEMENINO Edad: 62
Fecha Nacimiento: 1/05/1962
Estado Civil: SEPARADO
Dirección: VDA FAGUA SEC LA LUNA
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 51799323
Teléfono: Móvil: 3124964588
Cargo: ECONOMA
EPS: FAMISANAR
ARL: SURA
AFP: COLFONDOS

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
VISIONOMETRIA	PACIENTE DEBE USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	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.

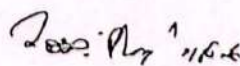
De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, si autorizo a ACCIONAR SALUD IPS SAS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados 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.


ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Unidad de Registro
LIC/REG-1640-13-05-2022

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




2024 Nov 1, 11:56

Firma y cédula del Paciente
ROSA CRISTINA PLAZAS RAMIREZ
51799323



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 **ROSA CRISTINA PLAZAS**, identificada con **C.C.51.799.323 de bogota**, es residente de la vereda Fagua (**Sector la leonor**), desde hace veintiseis (26) 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 01 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

María Estella Poloche henao

c.c. 28648107

de Tocaïma , Tolima

[Dirección]

Carrera 6#2. Santa
Lucia

Teléfono: 3138253229

[Correo electrónico]

Mpoloche.1970@gmail.com

PERFIL

soy una persona activa, dispuesta, honesta y responsable.

FORMACIÓN ACADEMICA

Basica Primaria:
Escuela Rural Mixta

Bachiller:
Colegio San Luis Beltrán

EXPERIENCIA

Fecha de inicio: 17/09/2024

Fecha de culminación: 27/10/2024

Manipuladora de alimentos

Unión Temporal Ideando Soluciones

Fecha de inicio: Enero 2023

Fecha de culminación: Diciembre 2023

Restaurante Fresita.

Descripción:

Soy Responsable, activa, puntual,

Buen trabajo en equipo.

REFERENCIA LABORAL

Angélica Segura: 3204231958.

Mari Luz Poveda

REFERENCIA PERSONAL

Marta García: 3175769359

Maria Polochehenao

FIRMA

Maria Estella Poloche Henao

c.c.28648107

de: Tocaïma, Tolima

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 28.648.107

POLOCHE HENAO

APELLIDOS

MARIA ESTELLA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1970

PUERTO NARE
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

O+

G.S. RH

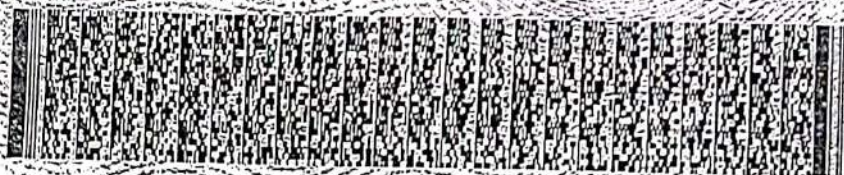
F

SEXO

22-AGO-1989 COYAIMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

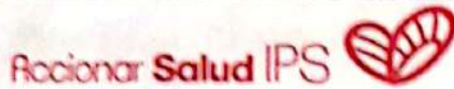
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00019702-F-0028648107-20080705

0000781102A 1 1230014907

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 80040831-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 28648107-123773

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 NOV. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MARIA ESTELLA POLOCHE HENAO	Identificación:	28648107
Género:	FEMENINO Edad: 54	Teléfono:	Móvil: 3138253229
Fecha Nacimiento:	27/06/1970	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	CRA 6 N 2 121	ARL:	SURA
Escolaridad:	PRIMARIA	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
VISIONOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 3 DOSIS DE PFIZER
ION DE UÑAS MANOS	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: HABITOS D VIDA SALUADABLE DIETA BALANCEADA ACTIVIDAD FIICA 150 MNUTO SEMANALES CONTROL Y SEGUIMIENTO POR PROGRAMA E NUTRICION EPS

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

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

CARDIOVASCULAR	PPyP
VISUAL	PPyP

Información de Remisiones

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



HP2



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

Firma y cédula del Paciente
MARIA ESTELLA POLOCHE HENAO
28648107



Junta de Acción Comunal
Urbana
**BARRIO SANTA
LUCIA**

Personería Jurídica 0351 febrero 12
1966
NIT 800.045.634 - 5

Chía, 04 de NOVIEMBRE del
2024

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la. presente, certifico que la señora. **MARIA ESTELLA POLOCHE HENAO** Identificada C.C. 28.648.107 reside desde hace 1 año y 6 meses, en la vivienda ubicada en la Carrera 6 # 2-121 en el barrio Santa Lucía en Chía.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado en Chía a los 04 días del mes de febrero del año 2023.

La presente es válida a partir de la fecha por treinta (30) días.

Atentamente,


ALVARO MORENO B.
TEL. 3106493062
Presidente

jacsantaluciachia@hotmail.com - Celular: 3208928026
Barrio Santa Lucía, Chía Cundinamarca

Nevis Patricia Quevedo Martinez

C.c: 1193537318 de Plato, Magdalena

[Dirección]

Barrio Santa Lucia
carrera 10ª#3-34

Teléfono:
3204817449

[Correo electrónico]

Quevedonerlis2008@gmail.com

PERFIL

Soy una mujer trabajadora, honesta, trabajo en equipo y dispuesta.

FORMACIÓN ACADEMICA

2015: Bachiller
Colegio Villa Estrella
Cartagena de Indias.

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.

Fecha de Inicio: 16/01/2023 fecha de Finalización: 30/06/2023/2024
Cargo: operaria
Nombre de la empresa: Sunshine Flores

Responsabilidades: Auxiliar de cocina, orden, limpieza y desinfección permanente de espacios en la cocina., corte, poda y clasificación de flores.

REFERENCIA LABORAL

Angélica Segura: 3204231958

REFERENCIA PERSONAL

- Ubaldo Quevedo: 3203194969
- María Robles: 3215037335

FIRMA

Nevis Quevedo

_____Nevis Patricia Quevedo Martinez_____C.c:
_____1193537318_____de_____Plato, Magdalena_____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.193.537.318

QUEVEDO MARTINEZ

APELLIDOS

NEVIS PATRICIA

NOMBRES

Nevis Quevedo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-OCT-1989

PLATO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

14-ABR-2009 PLATO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CALINDO YACRA

INDICE DERECHO



P-2105200-01116059-F-1193537318-20191127 0069104006A 1 9910915710

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1193537318-123709

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 01 nov. 2024 - CHIA
Paciente: NEVIS PATRICIA QUEVEDO MARTINEZ
Género: FEMENINO **Edad:** 35
Fecha Nacimiento: 14/10/1989
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: CR 11 NO 14 77
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1193537318
Teléfono: Móvil: 3204817449
Cargo: ECONOMA
EPS: SANITAS S.A.
ARL: NO REPORTA
AFP: PORVENIR S.A.

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, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
COPROLOGICO	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	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 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.

ADRIANA BUTRABI RIVEROS

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



Nevis Patricia Quevedo Martinez



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

Firma y cédula del Paciente
NEVIS PATRICIA QUEVEDO MARTINEZ
1193537318

Cra. 18 No. 18 - 40 (Barrio San Francisco) Chia - Cund. Tel: 8855989 3046177777 E-Mail: asistente@accionarsalud.com.co

Impreso: 1/11/2024 - 6:14:27 p. m. - Página 1 de 1 - Certificado:1193537318 - 123709

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



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 el señora **NEVIS PATRICIA QUEVEDO MARTINEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 11.935.37318 de plato Magdalena, reside con su grupo familiar hace 3 meses en la residencia del señor Guillermo Rodríguez , ubicada en la carrera 10 a No. 3 - 34, Barrio Santa Lucía.

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

Atentamente,


ALVARO MORENO B.
TEL. 3106493062
Presidente

jacsantaluciachia@hotmail.com cel. 3106493062 3124544930 WhatsApp 3208928026
CL 4 7 11 CL 4 6130 P.2 BRR Santa Lucía, Chía Cundinamarca