

DANIELA FUENTES VASQUEZ

C.C: 1.072645883 deChia

[Dirección]

[Teléfono]
3116908463

[Correo electrónico]

Barrio EL CAIRO

PERFIL

DANIELAFUENTES2005@gmail.com

CON DISPOSICION DE APRENDER , DISPONIBILIDAD DE TIEMPO, COMPROMISO Y MUY A DETALLE

FORMACIÓN
ACADEMICA —
2006: Bachiller en
Ciencias
IEO Diosa Chia

EXPERIENCIA

Fecha de Inicio: 17/07//2024- fecha de finalización: 04/10/2024

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.

s.

REFERENCIA LABORAL

Santiago Medina: 321 2828035 (Unión Temporal Bienestar Colectivo)

Tatiana Narváez: 318 3894348 (Fundación Bienestar Colectivo)

REFERENCIA PERSONAL

LUISA FERNANDA CUADRADO:3218623002

FIRMA

DANIELA FUENTES VASQUEZ

C.C

1.072.645.883

de

chia

CÉDULA DE
CIUDADANIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.072.645.883



Apellidos
FUENTES VASQUEZ

Nombres
DANIELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
27 DIC 2005

G.S.
O-

Lugar de nacimiento
CHIA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 DIC 2023, CHIA

Firma

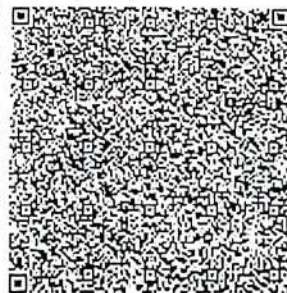
Daniela Fuentes

Fecha de expiración
20-ENE-2034



00

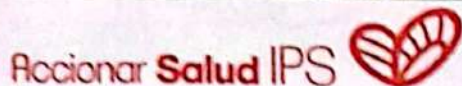
038992944



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL038992944815055<<<<<<<<<<
0512273F3401206COL1072645883<0
FUENTES<VASQUEZ<<DANIELA<<<<<<<

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900408631-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1072645883-123826



INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	DANIELA FUENTES VASQUEZ	Identificación:	1072645883
Género:	FEMENINO Edad: 18	Teléfono:	NO Móvil: 3108133518
Fecha Nacimiento:	27/12/2005	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	VEREDA SAMARIA	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
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	USO DE EPP VISUAL, PAUSAS VISUALES, CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 2 DOSIS DE MODERNA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: REALIZAR PAUSAS ACTIVA HABITO DE VIA SALUDABLE DIETA BALACEADA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 150 MINUTOS SEMANALES

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

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

CARDIOVASCULAR

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 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



Daniela F



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

Firma y cédula del Paciente
DANIELA FUENTES VASQUEZ
1072645883



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



Chía, 15 de Noviembre 2024

Código de Verificación 20243195883

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

Por medio de la presente quien suscribe certifica a **Daniela Fuentes Vaquez**, con cedula de ciudadanía No. **1.072.645.883** se encuentra actualmente residente en la **Carrera 2a N° 5-23**, en el barrio Cairo desde hace 3 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.barrioelcairochia@gmail.com **WhatsApp:** 3025264142 **Móvil:** 3025264142
• **Dirección;** Calle 6 No 1 – 1a Salón comunal Barrio El Cairo

MARTHA BERNARDA GARZON RAMIREZ

C.C28821088 de libano tolima

Vrda TIQUIZA
SECTOR LA JOTA

Teléfono:
3232487486

yoamomitierraamolapaz@gmail.com

PERFIL

Me considero, una persona con gran capacidad de adaptación, proactiva, dinámica, emprendedora, capacidad para trabajar bajo presión, con deseo de superación.

Cumplidora de las funciones que se me asigne.

FORMACIÓN ACADEMICA —

:

Bachiller
Comercial
COL.ALICIA
VELEZ
TREBILCOCK
Libano (Tolima)
2003

PRIMARIA
ESCUELA NUEVA
EL TESORO
Libano (Tolima)

TECNICO: Escuela
de belleza: LUX
ALEX.
Bogotá colombia

EXPERIENCIA

Centro de salud y bienestar
VICENZA.

Cargo:Asesora de ventas

Funciones:venta y asesoría en productos y tratamientos
cosméticos y estéticos.

TEL: 3118833666

Jefe inmediato: Jhon Fredy rojas

SALA DE BELLEZA Y DISTRIBUIDORA
ALFONSO .

Teléfono:3138530098

Cargo:estilista y asesora de ventas.

Funciones: asesoría y venta de productos y procedimientos
cosméticos.

Jefe inmediato: Segundo cruz Iguavita.

REFERENCIA LABORAL

Angélica Segura: 3204231958

JHON FREDY ROJAS :3118833666

REFERENCIA PERSONAL

IRIAM GUTIÉRREZ

DOCENTE

cel.3114528579

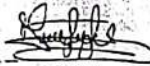
MARTHA BERNARDA GARZON

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 28.821.088
GARZON RAMIREZ

APELLIDOS
MARTHA BERNARDA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1980

VILLAHERMOSA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

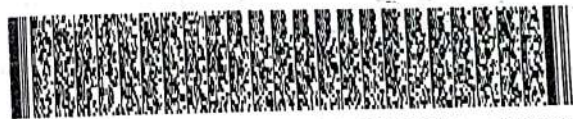
1.45
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

10-FEB-1999 LIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

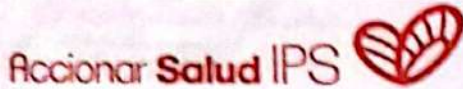


A-1500150-01270882-F-0028821088-20211203

0077163555A 1

8503509907

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 28821088-123808

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MARTHA BERNARDA GARZON RAMIREZ	Identificación:	28821088
Género:	FEMENINO Edad: 44	Teléfono:	Móvil: 3232487486
Fecha Nacimiento:	12/05/1980	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	VEREDATQUIZA 4ESQUINAS	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
VISIONOMETRIA	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

AUDITIVO	-	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.

Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y L. Internal
R.S.D. 25-3021/14



Martha Bernarda Garzon Ramirez

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

Firma y cédula del Paciente
MARTHA BERNARDA GARZON RAMIREZ
28821088

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

CERTIFICA

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

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
MARTHA BERNARDA	GARZON RAMIREZ	CC. 28821088

Dada en Chía Cundinamarca a los 05 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

YUDITH ANDREA GARZÓN SÁNCHEZ

c.c.

35197677

de chia

Calle 9 #00-105

3202656520

Andreagarzon0681@gmail.com

PERFIL

Soy una persona responsable, bastante dinámica con deseos de superación y mis metas están basadas en el logro de objetivos claros; aprendo rápido y cumplo de manera adecuada, con puntualidad, honestidad y responsabilidad en las distintas actividades que realizo. Dispuesta a cumplir con las distintas funciones, obligaciones y normas laborales, que tengas establecidas me presento con gran entusiasmo a su empresa para formar parte del cumplimiento de metas planteadas en su misión.

FORMACIÓN ACADÉMICA

EXPERIENCIA

Estudios Primarios:
Urbana Mixta Granada
Dirección: Ibagué (Tolima)

Año: (1993)

01 de mayo del 2007- 04 de junio del 2012
Asesora comercial • Temporales multigestión

30 de enero del 2019- 7 de mayo del 2019
Servicio al cliente • cocinera-operaria de aseo - • Refriches S.A.S

Estudios Secundarios:
Institución Centro Integral
De Educación Técnica

Dirección: Chia (Cundinamarca)

Año: (2000)

08 de junio del 2017 - 16 de septiembre del 2017
Operaria de limpieza • Grupo Eulen Colombia S.A

15 de febrero del 2016 - 23 de mayo del 2017
Operaria de limpieza - Coordinadora de los colegios • Coopoutsourcing C.T.A

28 de Enero del 2021- 10 de mayo del 2022
Operaria de limpieza- operaria de limpieza • Sigesys

Talleres Cursados:
Curso de Sistemas
Dirección:

Centro de Desarrollo

Fecha:

Año (2006)

08 de junio del 2022- 25 de noviembre del 2022
Servicio al cliente manipuladora de alimentos • Fundación bienestar colectivo

04 de febrero del 2023- 28 de noviembre del 2023
Manipuladora de alimentos • Fundación bienestar colectivo

Curso Sistemas Avanzado:
Sistemas

Dirección:

Hogabiga Chia

Fecha:

Junio (2017)

26 de febrero del 2024- 02 de octubre del 2024
Manipuladora de alimentos • Union temporal ideando soluciones

REFERENCIA LABORAL

Representante legal María Alejandra Camacho
Cel. 3017514014

**REFERENCIA
PERSONAL**

Danna Katherine Cuervo Garzón

Cel. 3132167254

Joselin Ariza Betancourt

Cel. 3015124991

Yudith Andrea Garzón S.

FIRMA

Yudith Andrea Garzón Sánchez c.c 35 197677 de Chia, cundinamarca

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.197.677
GARZON SANCHEZ

APELLIDOS
YUDITH ANDREA

NOMBRES
Yudith Andrea Garzon S

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1981
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

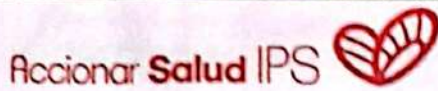
19-AGO-2000 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES



A-1503100-00423589-F-0035197677-20130131 0032314592A 1 1902132560

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35197677-123831

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 02 nov. 2024 - CHIA
Paciente: YUDITH ANDREA GARZON SANCHEZ
Género: FEMENINO **Edad:** 43
Fecha Nacimiento: 6/04/1981
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: VEREDA BOJACA
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Identificación: 35197677
Teléfono: NO TIENEE **Móvil:** 3202656520
Cargo: ECONOMA
EPS: SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
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 AUDICION NORMAL
VISIONETRIA	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

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

CARDIOVASCULAR	PPyP
SUAL	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 paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles implicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

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, a fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.

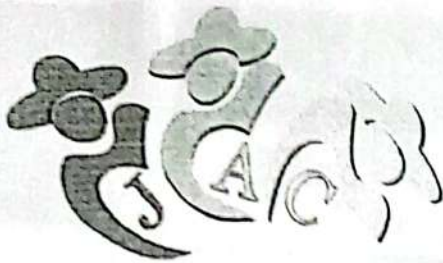
Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.O. 25-3021/14



Yudith Andrea Garzón Sánchez

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

Firma y cédula del Paciente
YUDITH ANDREA GARZON SANCHEZ
35197677



MERCEDES DE CALAHORRA



LA JUNTA DE ACCION COMUNAL DEL BARRIO MERCEDES DE
CALAHORRA CHIA

CERTIFICADO DE VECINDAD

Que el (la) señor (a) **YUDITH ANDREA GARZON SANCHEZ** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° **35.197.677**; reside en la **Calle 29 # 00 - 105**, del barrio desde hace 10 años, lo anterior para que presente en constancia a solicitud del interesado. (TRABAJO)

Se expide en Chía, Cundinamarca a los 01 días del mes de Noviembre del 2024

Atentamente


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

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

Maria Cristina Gonzalez

CC.20.587.039 de Gacheta

Calle 12 N° 2-49 IntB1

3133811984

cris2415ds@gmailcom

PERFIL

Cuento con experiencia de 18 años en el área de servicios generales en instituciones educativas (colegios privados y campestres), entidades Bancarias, y casas de familia. Dentro de mis funciones se resalta, actividades de aseo general, auxiliar de cocina, servicios domésticos de hogar. Resalto la cualidad de tener una excelente relación interpersonal con referentes y compañeros, además de responsabilidad por mis labores.

FORMACIÓN ACADEMICA

Institución Educativa
Nemosten Fecha: Enero
1974 hasta Diciembre 1978
Nivel Educativo: Educación
Básica Ubicación: Junín-
Cundinamarca

EXPERIENCIA

Servicios generales en GIMNASIO CAMPESTRE LOS LAURELES

- Fecha Laboral: febrero 2014 hasta agosto 2023
- Ubicación: Cajica, Cundinamarca
- Funciones: Limpieza General (aulas, baños, comedor) Auxiliar de cocina.

Servicios generales en GIMNASIO LOS ROBLES

- Fecha Laboral: Junio 2013 hasta Diciembre 2013
- Ubicación: Guaymaral, Bogotá
- Funciones: Limpieza General (aulas, baños, comedor) Auxiliar de cocina.

Servicios generales en BANCO DE BOGOTA

- Fecha Laboral: febrero 2013 hasta Junio 2013
- Ubicación: Cajicá, Cundinamarca
- Funciones: Aseo a las oficinas y cajero del Banco.

Servicios generales en COLEGIO MONTEMOREL

- Fecha Laboral: febrero 2006 hasta diciembre 2012
- Ubicación: Chía, Cundinamarca
- Funciones: Limpieza General (aulas, baños, comedor) Auxiliar de cocina.

REFERENCIA LABORAL

Durante su trayectoria laboral dentro de la institución, se destacó por su responsabilidad, compromiso, honestidad y lealtad; desempeñando labores de servicios generales y auxiliar de cocina.

REFERENCIA PERSONAL

Yuly Natalia Vargas Serrano
Ingeniera de sistemas
Cel. 3017963417
Daniel Oswaldo Suarez González
Administrador de empresas
Cel. 3143971490

Cristina Gonzalez

FIRMA

Cristina Gonzalez

c.c.

20.587.039

de Gacheta

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.587.039
GONZALEZ HEHRERA

APELLIDO MARIA CRISTINA
Mujeres

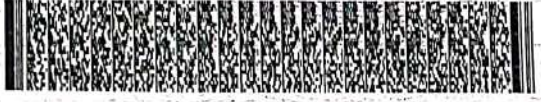
Cristina Gonzalez
FIRMA



INDICE DERECHO

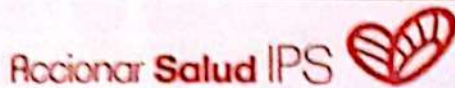
FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1972
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-OCT-1990 GACHETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL RIVERA TORRES



A-1505500-00090585-F-0020587039-20081008 0004107722A 1 1800008068

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 20587039-123805

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MARIA CRISTINA GONZALEZ HERRERA	Identificación:	20587039
Género:	FEMENINO Edad: 52	Teléfono:	Móvil: 3133811984
Fecha Nacimiento:	16/06/1972	Cargo:	ECONOMO (A)
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CL 12 N° 2A 49 INT B1	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: REALIZAR PAUAS ACIVAS HIGIENE POSTURAL HABITOS DE VIDA SALUADABLE ACTIVIDAD FISICA 150 MINIUTO SEMANAL

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.

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



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

Maria Cristina Gonzalez Herrera
Firma y cédula del Paciente
MARIA CRISTINA GONZALEZ HERRERA
20587039

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

Impreso: 6/11/2024- 4:38:40 p. m. - Página 1 de 1 - Certificado:20587039 - 123805

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



**EL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DEL BARRIO
VEINTE DE JULIO DE CHÍA**

H A C E C O N S T A R :

Que **MARÍA CRISTINA GONZÁLEZ HERRERA** identificada con documento de identidad C.C.No. 20.587.039 actualmente y hace más de **VEINTIOCHO (28) AÑOS** ha tenido residencia ubicada en nuestro barrio Veinte de Julio del Municipio de Chía, Departamento de Cundinamarca, en la Calle 12 No. 2 - 49.

Se expide la presente a los **SIETE (7) día** del mes de **NOVIEMBRE** de dos mil veinticuatro (2024), a solicitud de la parte interesada.

Atentamente,

DANIEL ISAIÁS SANTANA LOZADA
C.C.No.80401387 de Chía
Tel. 3108655567, desde hace un mes
Calle 12 No. 2 - 60 Chía
Presidente J.A.C. Barrio Veinte de Julio Chía



Dolly del Carmen Gutierrez Rangel

cc.1065573313 de Valledupar Cesar

Vereda Fonqueta la
Esperanza

3188987132

PERFIL

Soy una persona proactiva, responsable y comprometida, con habilidades para trabajar en equipo.

FORMACIÓN ACADEMICA —

Primaria institucion Ana Jimenez
Torres

EXPERIENCIA

Fundacion Biointegral. Lider manipulaci3n de alimentos. 22/03/2022-
22/11/2022

REFERENCIA LABORAL

William Campuzano 3104780692

REFERENCIA PERSONAL

Kimberly Herrera 3002941638

Dolly

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.065.573.313

GUTIERREZ RANGEL

APELLIDOS

DOLLY DEL CARMEN

NOMBRES

Dolly
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-1983
EL BANCO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

A+

F

ESTATURA

G S. RH

SEXO

23-AGO-2004 VALLEDUPAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA YACHA

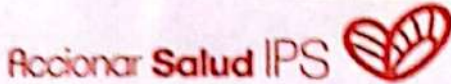


A-8881535-00831432-F-1065573313-20160521

0049877721A 1

45483686

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1065573313-125746

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	14 dic. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	DOLLY DEL CARMEN GUTIERREZ RANGEL	Identificación:	1065573313
Género:	FEMENINO Edad: 41	Teléfono:	Móvil: 3188987132
Fecha Nacimiento:	20/06/1983	Cargo:	MANIPULADOR 1
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	ALIANSA SALUD
Dirección:	VEREDAS CERCA PIEDRA	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	PRIMARIA	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 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

NO

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3221/14



Dolly



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

Firma y cédula del Paciente
DOLLY DEL CARMEN GUTIERREZ RANGEL
1065573313

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

Impreso: 14/12/2024- 12:07:26 p. m. - Página 1 de 1 - Certificado:1065573313 - 125746

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

JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA FONQUETA II SECTOR
Personería Jurídica No. 163 de Nov 10 de 2004
Teléfono 324 4477130
Jacfonqueta02@gmail.com



CERTIFICACIÓN No. #490/2024

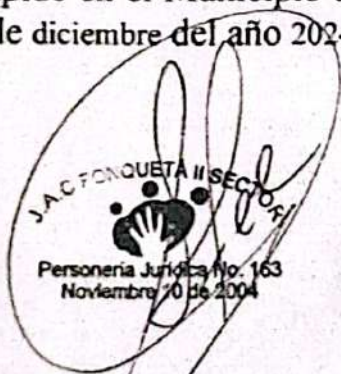
LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA FONQUETA II SECTOR Y EN SU NOMBRE EL REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA QUE

DOLLY DEL CARMEN GUTIERREZ RANGEL, identificada con CC No. 1.065.573.313 expedida en VALLEDUPAR, reside en la Vereda Fonquetá SECTOR SANTA BARBARA, perteneciente a la jurisdicción de la *Junta de Acción Comunal Fonquetá II Sector*.

Quien se encuentra radicada allí desde hace DOS (2) años.

Se expide en el Municipio de Chía, Cundinamarca a los TRECE (13) días del mes de diciembre del año 2024, con destino para fin LABORAL.



LUZ STELLA CERON MONTAÑO
Presidente JAC Fonquetá II Sector
TI. 324 4477130



Adriana hernandez lizarazo

CC. 1072662929 de chía

frente a Ocatí, Km 1.5,
Cota – Chía.

310 7895863

sebastomy28@Gmail.com

PERFIL

Bachiller académico con experiencia en áreas operativas: clasificación y empaque de frutas, manejo de máquinas, control de calidad, limpieza e inventarios. Ágil, proactivo y comprometido con el trabajo en equipo.

FORMACIÓN ACADEMICA

Primaria:

Colegio fagua

Fecha de inicio: 2002

Fecha de finalización: 2010

Bachillerato:

Centro Johann Kepler

Fecha de finalización: 2012

EXPERIENCIA

Fecha de inicio 15/01/2024-fecha finalizacion 30/11/2024
Servicios generales • Gimnasio Oxford School

Fecha de inicio 8/02/2022-fecha finalizacion 22/12/2023
Oficios varios • Casa de familia

Fecha de inicio 16/01/2019- fecha finalizacion 01/02/2019
lider operativo • boncheo u oficios varios • Flores indianas las indias

Realicé el mantenimiento y supervisión de instalaciones, mejorando la eficiencia de limpieza y la participación en eventos deportivos. Gestioné el mantenimiento del hogar y supervisé equipos de trabajo, mejorando la productividad y reduciendo incidentes laborales.

REFERENCIA LABORAL

Nombres y apellidos: María Lourdes
DuarteTeléfono(s):312567557
Cargo: Auxiliar de aseo

REFERENCIA PERSONAL

Nombres y apellidos: Alexandra sierra
Teléfono(s): 3148839515-8637865
Cargo: Auxiliar de pedagogía infantil

ADRIana Hernandez L.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
SECRETARIA DE GOBIERNO

IDENTIFICACION 1.072.662.929
HERNANDEZ LIZARAZO

APellidos
ADRIANA

Nombre

Adriana Hernandez L.



IMPORTE CERCADO

FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1991

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

A+
G S. R. H

F
SEXO

01-DIC-2009 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ROEL SANCHEZ TORRES

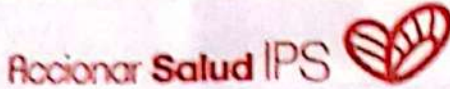


P-1505500-00211713 F-1072662729-20100215

0020355564A1

33530335

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900408631-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1072662929-125693

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	13 dic. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	ADRIANA HERNANDEZ LIZARAZO	Identificación:	1072662929
Género:	FEMENINO Edad: 33	Teléfono:	Móvil: 3107895863
Fecha Nacimiento:	23/11/1991	Cargo:	COCINA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	FRENTE A OCATE KM 15 COTA CHIA	ARL:	SEGUROS BOLIVAR S.A.
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXAMENES 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	VISION DISMINUIDA PACIENTE REQUIERE CORRECCION OPTICA DE USO PERMANENTE
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, CONTINUAR CON ACTIVIDAD FISICA
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

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 TADEO GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3029/14



Adriana



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

Firma y cédula del Paciente
ADRIANA HERNANDEZ LIZARAZO
1072662929



No. 214-2024

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

CERTIFICA

Que ADRIANA HERNANDEZ LIZARAZO identificada con cedula de ciudadanía número 1.072.662.929 expedida en el municipio de Chía- Cundinamarca, reside actualmente en esta vereda por el camino la lucerna, sector conjunto "Senderos Di'Mora" en predios del señor Luis Antonio Amaya Bojaca, desde hace cinco (5) meses.

La presente certificación tiene una validez de 30 días calendario y se expide en el Municipio de Chía, a los dieciocho (18) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

WILIAM ENRIQUE BOSSA
Vicepresidente – JAC

JUAN CARLOS HERRERA BOSA

cc. 80400849

de Chia

Cra12#6-82 chia

3212090261

jcherreras03@hotmail.
com

PERFIL

Persona responsable, honesta, perseverante, con iniciativa y puntualidad. Asumo eficientemente los retos y metas que se me asigne, con el debido apersonamiento de estas; edemas poseo un buen manejo de las relaciones interpersonales.

FORMACIÓN ACADEMICA —

1989

Bachiller Academico
GIMNASIO COLOMBIA
CHIA

CURSO SCREEN Y
SERIGRAFIA
SENA-BOGOTA

CURSO DE
METROLOGÍA
SENA-BOGOTÁ

EXPERIENCIA

ENERO 27 2023- DICIEMBRE 27 2023

Auxiliar de bodega • Alcaldia de Chia

Diciembre 1 2020- Diciembre 31 2022

Auxiliar de Mantenimiento • Instituto Municipal de Recreación y
Deportes

REFERENCIA LABORAL

- Luis Alejandro Bossa
Jefe inmediata Alcaldia Chia
3114128701

- Luis Eduardo Guerrero
Jefe Inmediata Instituto
3134452482

REFERENCIA PERSONAL

-Oswaldo Bolagay
Abogado
3002670283

-Daniël Santana
Abogado
3108655567

Juan C Herrera B

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.400.849

HERRERA BOSA

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

Juan C. Herrera B.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1970

CHIA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

B+

M

ESTATURA

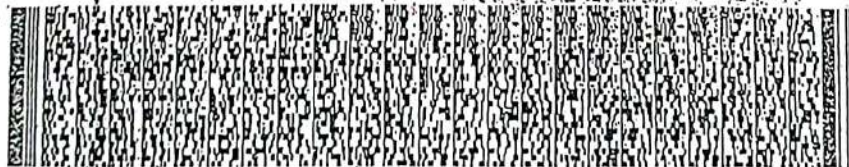
G.S. RH

SEXO

22-FEB-1989 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

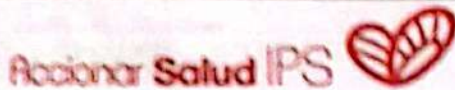


A-1500100-00081861-M-0080400849-20080927

0003822892A 2

1800001648

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 80400849-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 80400849-125158

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	JUAN CARLOS HERRERA ROSA	Identificación:	80400849
Género:	MASCULINO Edad: 54	Teléfono:	Móvil: 3212090261
Fecha Nacimiento:	3/05/1970	Cargo:	AUXILIAR DE BODEGA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	VIRDA LA Balsa	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

AUDÍOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIONOMETRÍA	CONTROL ANUAL Y USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISION PRÓXIMA Y LECTURA
MEDICINA OCUPACIONAL	1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FÍSICA 3 VECES POR SEMANA 2. CONTROL ANUAL Y USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISION PRÓXIMA Y LECTURA
EDM DE UÑAS MANOS	PROCESADO
FRITOS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO PARA LA ACTIVIDAD LABORAL
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

VISUAL

PPyP

AUDITIVO

PPyP

Información de Remisiones

NO

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

Lyda Rivera A.
Dra. Lyda Rocio Rivera (Bosque)
Oficina de la Salud
Consultorio Salud Ocupacional B-7163
C/ 19 calle 19 de la ciudad

Médico Especialista en Salud Laboral
LYDA ROCIO RIVERA ABAUNZA
18660-2017 52220653



Juan C. Herrera



Firma y cédula del Paciente
JUAN CARLOS HERRERA BOSA
80400849



JUNTA DE ACCION COMUNAL
VEREDA LA BALSA
PERSONERIA JURIDICA N° 0348

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO DE CHÍA
JAC 2024

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL LA BALSA
EL SUSCRITO PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL CERTIFICA

Que el señor (a) **JUAN CARLOS HERRERA BOSSA** identificado (a) con **C.C: 80400849** reside en nuestra Vereda, ubicado(a) en el sector **EL JUNCAL** jurisdicción de La Balsa, lleva residiendo en el sector 7 años

La presente certificación se expide a solicitud verbal del interesado, en confianza de la buena fe, para ser presentada a **UNION TEMPORAL**

En constancia se expide y se firma en la vereda La Balsa del municipio de chía el día **21** del mes de **NOVIEMBRE** de **DOS MIL VEINTICUATRO (2024)**

Valido por 1 año

LUIS FERNANDO NUÑEZ
Presidente Junta Acción Comunal La Balsa
maestro15@hotmail.com
TEL: 3107961833

MARIA CRISTINA HERRERA JAMAICA

cc.20472403 de CHIA CUNDINAMARCA

CRA 9#21-106

3123027010

[Correo electrónico]

PERFIL

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

FORMACIÓN ACADEMICA —

PRIMARIA

Título: primaria

Año finalizado: 1982

Instituto: Simón Bolívar Bogotá

EXPERIENCIA

Febrero 2024-octubre 2024

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

Enero 2023* noviembre 2023

Auxiliar de cocina • colegios • fundacion bienestar colectivo

Junio 2022a noviembre 2022

Auxiliar de cocina • colegios • temporal bienestar colectivo

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

REFERENCIA LABORAL

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

REFERENCIA PERSONAL

Persona integra ,honesta y comprometida con su trabajo y hogar ,conocida pr mas de 10 años .

ANA MERCEDEZ MORENO

Maria Cristina Herrera J

FIRMA

MARIA CRISTINA HERRERA JAMAICA

c.c. 20472403

de Chia Cundinamarca

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.472.403
HERRERA JAMAICA

APELLIDOS
MARIA CRISTINA

CONJES

FIRMA



INDICE DERECHO

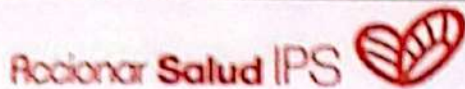
FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1964
CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-JUL-1982 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A:1505500-00058443-F-0020472403-20080824-0002561721A.1 1800000999

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900420631-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 20472403-123679



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	MARIA CRISTINA HERRERA JAMAICA	Identificación:	20472403
Género:	FEMENINO Edad: 60	Teléfono:	Móvil: 3123027010
Fecha Nacimiento:	13/04/1964	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	CRA 9 21 106	ARL:	SURA
Escolaridad:	PRIMARIA	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
VISIONETRIA	PACIENTE DEBE USAR GAFAS DE USO PERMANENTE
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
COPROLOGICO	PROCESADO
PROTIS FARINGEO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: USO DE CORRECCIÓN VISUAL, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA

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

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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

Diana Carolina Tenjo Calderon

Dra. Diana Carolina Tenjo C.
Especialista en Salud Laboral
Especialista en Salud Ocupacional
C.O.P. 30.001.001.00000000

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



Maria Cristina Herrera Jamaica

Firma y cédula del Paciente
MARIA CRISTINA HERRERA JAMAICA
20472403





**JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
BARRIO LOS CHILACOS**
Espacio de participación y convivencia
Personería Jurídica No. 0008 (30 enero 1987)

Chía noviembre 1 de 2024

SEÑORES:

A

QUIEN PUEDA INTERESAR

La presidenta de la junta de Acción comunal Barrió Chilacos, certifica que El Señor (a): María Cristina Herrera Jamaica C.C. No 20.472.403 de Chia., Vive en la carrera 9 No 21 -106, hace más de 20 años, Barrió Chilacos.

Certificación que se expide a petición de la parte interesada con fines Laborales, noviembre 1 del 2024.

Atentamente:

Teresa Canasto Narváez
Presidenta

Teléfono: 31 25788423

Email. Jacchilacos2020@gmail.com

YENNYS JULIETH HOYOS BULA

cc. 1069482960

de SAHAGUN, CORODBA

Vereda cerca de piedra

3248517367

Yennishoyos6@gmail.com

PERFIL

Soy una profesional con experiencia manipulacion de alimentos . Destaco por mi capacidad de aprendizaje, responsabilidad y habilidades en el funcionamiento y seguridad de los alimentos . Busco contribuir en un entorno colaborativo y la excelencia operativa de la empresa y garantizar la satisfacción del cliente

FORMACIÓN ACADEMICA

EXPERIENCIA

26-02-2024 /05/07/2024

Oficos varios • economa • union temporal Ideando soluciones

05-05-2021 / 02-12-2023

Oficios varios • empleada domestica • casa de familia

He trabajado como niñera, realizando oficios varios y manipulando alimentos, siempre asegurando la seguridad y la higiene.

REFERENCIA LABORAL

Aura Gomez

Empleada

Tel3108872967

Yajaira Carmona

Empleada

Tel 3208636152

REFERENCIA PERSONAL

Julio guanes Causil

Empleado

Tel 3125511328

Juan camilo Guzmán

Empleado

Tel 3144751310

Yennis Hoyos

FIRMA

C.C.

de

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.069.482.960

HOYOS BULA

APELLIDOS
YENNYS JULIETH

NOMBRES
YENNYS HOYOS

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1987

SAHAGUN
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA 0+ G.S. RH F SEXO

16-SEP-2008 SAHAGUN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

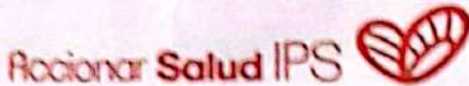
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TURNER

INDICE DERECHO



P-1303700-00154705-F-1069482960-20090419 0010827744A 1 28049540

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 800403831-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1069482960-123786



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	YENNY'S JULIETH HOYOS BULA	Identificación:	1069482960
Género:	FEMENINO Edad: 36	Teléfono:	Móvil: 3248517367
Fecha Nacimiento:	31/12/1987	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	VDA CERCA DE PIEDRA	ARL:	SURA
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
VISIONETRIA	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.

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



Yenny's Julieth Hoyos Bula



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

Firma y cédula del Paciente
YENNY'S JULIETH HOYOS BULA
1069482960



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

Personería Jurídica No. 204 de Octubre 01 de 2001
NIT: 901 189635-7

No. 213-2024

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

CERTIFICA

Que YENNYS JULIETH HOYOS BULA identificada con cedula de ciudadanía número 1.069.482.960 expedida en el municipio de Sahagún - Córdoba, reside actualmente en esta vereda por el camino la lucerna, sector conjunto "Senderos Di'Mora" en predios del señor Luis Antonio Amaya Bojaca, desde hace seis (6) meses.

La presente certificación tiene una validez de 30 días calendario y se expide en el Municipio de Chía, a los dieciocho (18) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

WILIAM ENRIQUE BOSSA
Vicepresidente – JAC

DORA MARIA JIMENEZ PORRAS

cc. 1.072.642.152

de CHIA CUND

BARRIO SANTA
LUCIA

3114968006

DORAJIMENEZ03@gmail.com

PERFIL

Comprometida ,con ganas de aprender constantemente, responsable adaptable al cambio

FORMACIÓN ACADEMICA

Validacion :2012 cenfe chia

EXPERIENCIA

26 febrero 2024- 04 octubre 2024

[Cargo] • [Puesto] • aux cocina

Abril 2022/ noviembre 2023

Colegio britanic

• colegio britanico

Auxiliar de servicio gemneral

Ser lider y responsable de un srvcio aprender a manejar kardex

REFERENCIA LABORAL

Angelica segura : supervisor

Celular.3204231958

REFERENCIA PERSONAL

Jpse omar jimenez:3228453018

Dora Jimenez P.

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.072.642.152

JIMENEZ PORRAS

APELLIDOS

DORA MARIA

NOMBRES

[Signature]

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-1986

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

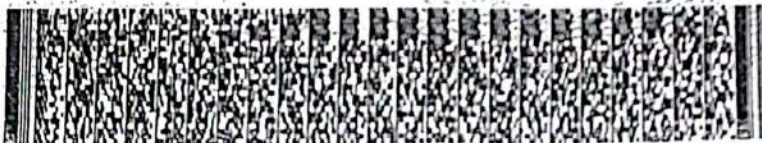
1.59
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

05-ENE-2005 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA

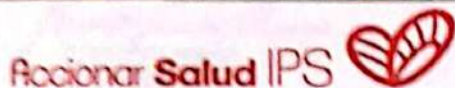


A-1505500-01079421-F-1072642152-20190703

0065831909A 1

9908471295

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900408631-1



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1072642152-123691

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	DORA MARIA JIMENEZ PORRAS	Identificación:	1072642152
Género:	FEMENINO Edad: 38	Teléfono:	Móvil: 3114968006
Fecha Nacimiento:	6/05/1986	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CL 7 NO 4 61 INT 8	ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		

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
VISIONOMETRÍA	
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FÍSICA 3 VECES POR SEMANA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
COPROLOGICO	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. USO DE CORRECCIÓN VISUAL, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA.

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

NO

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

CARDIOVASCULAR	PPyP
VISUAL	PPyP

Información de Remisiones

NO

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

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

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

Hernán Tadeo García Mercado
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.C.O. 25-302154



Dora María Jiménez Porras



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

Firma y cédula del Paciente
DORA MARIA JIMENEZ PORRAS
1072642152



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. **DORA MARIA JIMENEZ PORRAS** Identificada C.C. 1.072.642.152 reside desde hace 8 meses, en la vivienda ubicada en la Carrera 6 # 2-86 en el barrio Santa Lucía en Chía.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado en Chía a los 04 días del mes de NOVIEMBRE del año 2024.

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

MARIA TERESA LOPEZ LOPEZ

cc. 52328787

de BOGOTA

Vereda Fagua Sector
MG

3229240251

PERFIL

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

FORMACIÓN

ACADÉMICA —

1994

Bachillerato

Colegio Parroquial Santa

Caralina

Bogota

1984

Primaria

Colegio Parroquial Santa

Caralina

Bogota

EXPERIENCIA

Febrero 2024- Septiembre 2024

Auxiliar de Cocina • OTIS Union temporal Chia

Marzo 2021- Abril 2022

Volante • Ramer SAS

REFERENCIA LABORAL

- Fabian Gomez

Jefe inmediata OTIS Chia

3234919369

- Willian Nuñez

Jefe Inmediata Ramer SAS

3124768088

REFERENCIA PERSONAL

-Ana Garcia

Auxiliar Contable - 33143044850

- German Puentes

Ingeniero Industrial - 3005675502

Maria Lopez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CUNADANIA

NUMERO 52-328-787

LOPEZ LOPEZ

APELLIDOS

MARIA TERESA

NOMBRES



INDICE DE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-1974

BOGOTA D.C.

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

ESTATURA

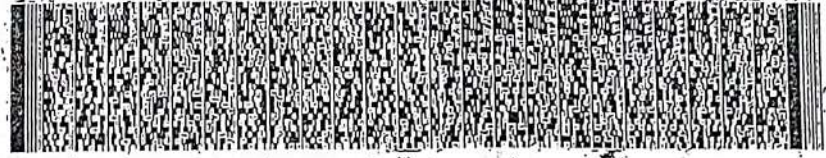
B+

SEXO F

27-OCT-1992 BOGOTA D.C.

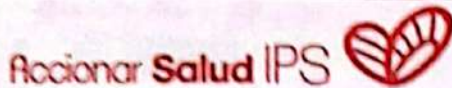
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1505500-00175895-F-0052328787-20090908 00115797874A-1 25908537

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 90040831-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 52328787-123833

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MARIA TERESA LOPEZ LOPEZ	Identificación:	52328787
Género:	FEMENINO Edad: 50	Teléfono:	NO Móvil: 3229240251
Fecha Nacimiento:	10/08/1974	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	VEREDA FAGUA	ARL:	POSITIVA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS -	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO DESCENSO AUDITIVO QUE NO AFECTA EL CARGO A DESEMPEÑAR
VISIONOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS DIARIAS PREDOMINIO MIEMBROS SUPERIORES CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS, 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

OSTEOMUSCULAR	-	PPyP
CARDIOVASCULAR	-	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION

En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que Si he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y 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 TADEO GARCÍA MERCADO
Médico Cirujano y Laboral
R.O. 25-30214



Maria Teresa Lopez Lopez



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

Firma y cédula del Paciente
MARIA TERESA LOPEZ LOPEZ
52328787



**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 **MARIA TERESA LOPEZ LOPEZ** identificada con C.C. 52328787 de Bogota, es residente de la vereda Fagua (Sector la capilla), desde hace tres (03) 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 30 días del mes de octubre 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**

NUBIA ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ

cc. 51934278

de Bogotá

Carrera 14 F # 9 58

3125557363

Nubilo112@hotmail.com

PERFIL

Buen manejo de inventario, distribución y almacenamiento de alimentos para los estudiantes de los colegios y un muy buen trato hacia ellos. Me destaco por ser responsable y puntual en mi trabajo.

FORMACIÓN ACADEMICA

EXPERIENCIA

1980 - 1987

Colegio CAFAM

2005 - 2007

Academia Nacional de aprendizaje

Técnico laboral en pre-escolar

REFERENCIA LABORAL

Economa • UT LA ANDREA

2019 - 2020

Economa • Lacteos Appenzell

2018 - 2019

REFERENCIA PERSONAL

Gladys Stella Rueda Rojas

Asistente administrativo

3212425416

FIRMA

Nubia E Lopez S

c.c. 51'934 278

de Bogotá

IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.934.278

LOPEZ SANCHEZ
APELLIDOS

NUBIA ESPERANZA
NOMBRES

Nubia E Lopez S
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1968

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

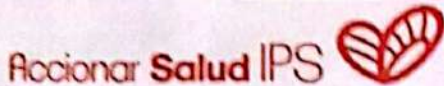
F
SEXO

07-MAY-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 51934278-123790

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	NUBIA ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ	Identificación:	51934278
Género:	FEMENINO Edad: 56	Teléfono:	Móvil: 3125557363
Fecha Nacimiento:	13/05/1968	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SEPARADO	EPS:	EPS SURA
Dirección:	CRC 4 F NO 9 58	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PORVENIR S.A.
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. REQUIERE EL USO DE RX PERMANENTE
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.
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

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
NUBIA ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ
51934278





Junta de Acción Comunal PARQUE DE RIO FRIO



Chía, 30 de octubre del 2024

REF: CERTIFICADO DE RESIDENCIA No. 115/2024

La Junta de Acción Comunal de Parque de Río Frio
Con personería jurídica expedida mediante resolución No.390 de
8 de junio de 1995.

Certifica: que la señora, NUBIA ESPERANZA LOPEZ SANCHEZ, quien
se identifica con C.C.No.52.934.278 expedida en Bogotá
(Cundinamarca) reside actualmente en la Carrera 14F No.9-58 de
Parque de Río Frio desde hace (19) AÑOS.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado
PARA ASUNTOS LABORALES.

Pablo Ramirez

PABLO ANDRES RAMIREZ
CC.1.070.004.449 DE CAJICA
Presidente J.A.C.

MARIA ELSA SALCEDO ROMERO
CC 20.471.355 DE CHIA
Secretaria J.A.C.

TELEFONOS: 3115085339 -30571057- Correo: juntariofrio@hotmail.com

LUZ ELENA MALDONADO CORONADO

cc.57.441.028 de Santa Marta

Calle 19 5ª 79

3116859150

Luzelenamaldonadocoronado@gmail.com

PERFIL

Soy una persona responsable, integra, colaboradora y comprometida con cada una de mis

actividades, propositos y metas. Dispuesta a aprender cada dia mas y siempre entregar lo mejor de mi.

FORMACIÓN ACADEMICA

Escuela Rural Mixta
Santa Marta
Año 1985
Ultimo Grado: Quinto

Rodrigo de Bastidas
Santa Marta
Año 1991
Ultimo Grado: Once

EXPERIENCIA

01-Agosto-2014 – 30-Noviembre-2023
Oficios Varios • Shirley Acosta

Me desempeñe por varios años realizando la limpieza general del hogar, habitaciones, zonas comunes. Preparacion de los alimentos, planchado de ropa y adicional cuidado de los niños. Al pasar del tiempo la confianza por parte de la familia fue creciendo lo que logro durar tantos años prestando mis servicios de la mejor manera.

REFERENCIA LABORAL

Casa de Familia
Shirly Acosta
Dirección: Condominio Quintanilla-Cerca de Piedra
Teléfono: 3135763693

REFERENCIA PERSONAL

Alexander Pulido
Independiente
Teléfono: 3112231640

Luz Elena Maldonado

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 57.441.028
MALDONADO CORONADO

APELLIDOS
LUZ ELENA

NOMBRES

Luz Elena

FILMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-JUN-1971
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 A+
ESTATURA G S RH

11-NOV-1992 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

F

SEXO

Alexander Vega
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

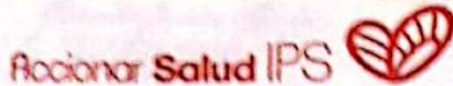


A-1505500-01337889-F-0057441029-20230110

0094424153A 1

8505715561

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 800609831-1EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 57441028-123696

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	LUZ ELENA MALDONADO CORONADO	Identificación:	57441028
Género:	FEMENINO Edad: 53	Teléfono:	Móvil: 3116859150
Fecha Nacimiento:	04/06/1971	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	PONILANDIA	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIONOMETRIA	CONTROL ANUAL Y USO DE CORRECCION OPTICA PARA VISION PROXIMA
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 PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS.
APTO SIN RESTRICCIONES PARA ACTIVIDAD LABORAL

Observaciones:

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

NO

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

VISUAL	PPyP
AUDITIVO	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.

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



Lu Elena



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

Firma y cédula del Paciente
LUZ ELENA MALDONADO CORONADO
57441028



JACSR - Cert. Residencia

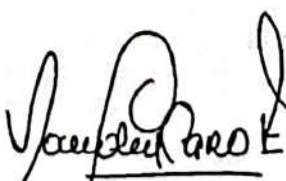
La Junta de Acci3n Comunal Santa Rita con Personería Jurídica No. 002963 del 11 de agosto de 1987 expedida por el Ministerio del Interior de la Repúolica de Colombia

SEÑORES
UNION TEMPORAL ALIMENTARTE
CHIA/ CUNDINAMARCA

CERTIFICACI3N

En representaci3n de la junta de acci3n comunal, certifico que el señor(a) **LUZ ELENA MALDONADO CORONADO** identificada con cedula de ciudadanía #57.441-028 de Santa Marta(Magdalena) , reside en el domicilio con direcci3n calle 19 #5 a -79 int 15 del barrio Santa Rita en chí /Cundinamarca hace 2 ańos.

Este documento se expide en el Municipio de Chí (Cundinamarca) a los 5 días del mes 11 ańo 2024


SANDRA CARO
Presidente JAC Santa Rita

Personería Jurídica No. 002963 del 11 de agosto de 1987 expedida por el Ministerio del Interior



Jac.SantaRita.Chia



Jac_SantaRita_Chia



jacsantaritachia@gmail.com

STELLA MARTINEZ

GARNICA

cc. 35475824

de Chia

PERFIL

**FORMACIÓN
ACADEMICA —**

EXPERIENCIA

05/02/2024 – 13/06/2024

Manipuladora de alimentos • economista • Union
Temporal Ideando Soluciones

05/07/2022 – 25/11/2023

Manipuladora de alimentos • economista • Fundacion
bienestar

23/01/2019 – 12/03/2021

Manipuladora de alimentos • economista • Union
Temporal La Andrea

En estas empresas principalmente me dedique a la
preparacion de alimentos, organización y alistamiento
de cocina y las buenas practicas de manufactura.

**REFERENCIA
LABORAL**

Santiago Medina # 3212828035

**REFERENCIA
PERSONAL**

Carmenza Gallo # 3226094165

Luz Elena Maldonado

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEPULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.475.824

MARTINEZ GARNICA

STELLA

CONDOMINIO

Stella Martinez G



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

1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-SEP-1990 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

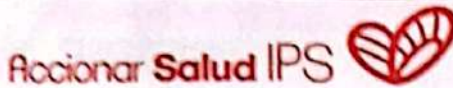
INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS BALBUENA VAENA



A-1505500-39163741-F-0035475824-20071215 0163107349D 02 236538853

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35475824-123824



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 02 nov. 2024 - CHIA
Paciente: STELLA MARTINEZ GARNICA
Género: FEMENINO **Edad:** 52
Fecha Nacimiento: 10/05/1972
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: VDA FONQUETA
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Identificación: 35475824
Teléfono: NO TIENE **Móvil:** 3043539911
Cargo: ECONOMA
EPS: FAMISANAR
ARL: NO REPORTA
AFP: COLPENSIONES

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 DESCENSO AUDITIVO LEVE QUE NO AFECTA EL CARGO A DESEMPEÑAR
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 DE SINOVAC
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS HIGIEN POSTURAL HABITOS DE VIDA SALUDABLE DIETA BALANCEADA

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 Tado García Mercado
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD LABORAL
Nº 28.007.102.014 71045474



Stella Martínez



Medico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADO GARCÍA MERCADO
28.007.102.014 71045474

Firma y código del Paciente
STELLA MARTÍNEZ GARCÍA
35475824

JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA FONQUETA II SECTOR

Personería Jurídica No. 163 de Nov 10 de 2004

Teléfono 324 4477130

Jacfonqueta02@gmail.com



CERTIFICACIÓN No. 437/2024

**LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DE LA VEREDA FONQUETA II SECTOR
Y EN SU NOMBRE**

EL REPRESENTANTE LEGAL CERTIFICA QUE:

STELLA MARTINEZ GARNICA identificada con No. 35.475.824

**expedida en CHIA CUNDINAMARCA radicada en la Vereda Fonquetá Sector Santa
Barbara, perteneciente a la jurisdicción de la *Junta de Acción Comunal Fonquetá II
Sector***

Quien se encuentra radicada allí hace CINCUENTA Y DOS (52) años

**Se expide en el Municipio de Chía, Cundinamarca a los CINCO (5) días del mes de
noviembre del año 2024, con destino para fin LABORAL.**



**LUZ STELLA CERÓN MONTAÑO
Presidente JAC Fonquetá II Sector**

Tl. 324 4477130

Jacfonqueta02@gmail.com

ESPERANZA MARULANDA

cc. 35474308

de CHIA

PERFIL

Soy una persona amable paciente y comunicativa. Tengo muy buenas relaciones sin interpersonales y ya aprendo rápidamente. Habilidad para trabajo en equipo.

FORMACIÓN ACADEMICA —

EXPERIENCIA

27/01/2020 - 02/04/2020
COCINERA ECONOMA.- UT LA ANDREA

18/01/2023 - 25/01/2023
OPERARIA - MADAMME ROSES S.A.S.

06/26/2023 – 12/22/2023
COSTURERA - Fábrica Nacional de ideas

REFERENCIA LABORAL

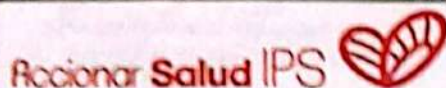
KARINA BARRIGA
3057797743

REFERENCIA PERSONAL

TANIA ALBA
3204014558

Esperanza Marulanda

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 800608311MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35474308-123793

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	ESPERANZA MARULANDA CASTRO	Identificación:	35474308
Género:	FEMENINO Edad: 55	Teléfono:	Móvil: 3103769373
Fecha Nacimiento:	15/06/1969	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	CLL 7 # 10- 78	ARL:	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
Escolaridad:	TÉCNICO	AFP:	PROTECCION S.A.
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 DESCENSO LEVE QUE NO INTERFIERE CON LA ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR
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 DE ASTRAZENECA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: PAUSAS ACTIVAS HIEGENE POSTURAL CONTROPL Y SEGUIMIENTO POR PROGRAMA DE NUTRICION DE EPS 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

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 paraclicnicos 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 paraclicnicos 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



Esperanza Marulanda Castro



Médico Especialista en Salud Laboral
HERNÁN TADEO GARCÍA MERCADO
25-3021/2014 78045474

Firma y cédula del Paciente
ESPERANZA MARULANDA CASTRO
35474308



JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
CHÍA - CUNDINAMARCA
PERSONERÍA JURÍDICA N° 2104 DE JULIO DE 1981
jac.elrosario@hotmail.com
CARRERA 11 # 6 - 40

CONSTANCIA DE RESIDENCIA

Nosotros, los abajo firmantes, en calidad de Presidente y Vicepresidentes de la JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL, del barrio NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO, del municipio de Chía - Cundinamarca, mediante la presente carta

HACEMOS CONSTAR:

Que (el o la) ciudadano(a) Esperanza Harulanda Castro identificado(a) con cc número 35.474.308 reside en esta comunidad desde hace 40 años.

Teniendo como dirección actual Calle 7 # 70-78 constancia que se expide a solicitud de la parte interesada el día 16 del mes Noviembre de 2024 se expide para efectos de Trabajo.

Para constancia firma:

JUNTA DE ACCION COMUNAL
BARRIO NUESTRA SEÑORA
DEL ROSARIO
PRESIDENCIA

Martha J. Cuesta
Presidente

Diana P.
N. J. A. C. BARRIO
NUESTRA SEÑORA
DEL ROSARIO
VICEPRESIDENTE
Vicepresidente

Silvia Patricia Meléndez Figueroa

CC1067888602.

de Montería Córdoba

Parección]

[Teléfono 3168962419]

[Correo electrónico]patriciamelend.

PERFIL

Siempre estoy dispuesta a prender y cumplir con responsabilidad, Orden y Respeto mis obligaciones y compromisos ya sean labores o personales para así lograr mejorar mi calidad de vida y obtener resultados óptimos. Soy activa y dispuesta siempre a aprender y a colaborar con los que me rodea para lograr las metas trazadas.

EXPERIENCIA

FORMACIÓN

ACADEMICA

6 sexto de primaria

2 De septiembre

Servicio Doméstico

Enero 12 2023 al 1 de Septiembre 2023

]

REFERENCIA LABORAL

Yenni Franco
3186178675

REFERENCIA PERSONAL

Juan Meléndez
3202185772

FIRMA

Silvia Patricia Meléndez Figueroa

Silvia Meléndez

C.c.

1067888602

de

Montería Córdoba

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CECUBA DE CIUDADANIA

Número: 1.067.888.602
MELENDEZ FIGUEROA

APELLIDOS
SILVIA PATRICIA

NOMBRES
Silvia Melendez

FEM



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1989

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

16-FEB-2011 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

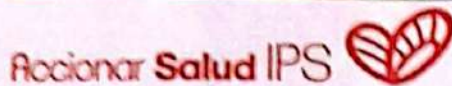
Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1300100-00290886-F-1067888602-20110409 0026630451A

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 800408631-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1067888602-123729

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	SILVIA PATRICIA MELENDEZ FIGUEROA	Identificación:	1067888602
Género:	FEMENINO Edad: 35	Teléfono:	NO REPORTA Móvil: 3168962419
Fecha Nacimiento:	12/01/1989	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	KM 1 VIA CHIA COTA VEREDA CERCA DE PIEDRA	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
VISIONOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, CONTINUAR CON ACTIVIDAD FISICA
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones:

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

NO

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

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 paracéntricos 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 paracéntricos 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



Silvia Patricia Melendez Figueroa
Firma y cédula del Paciente
SILVIA PATRICIA MELENDEZ FIGUEROA
1067888602

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



No. 066

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

CERTIFICA

Que SILVIA PATRICIA MELENDEZ FIGUEROA identificada con cedula de ciudadanía número 1.067.888.662 expedida en el Montería - Córdoba, junto con su hijo DYLAN ZAID SALAZAR MELENDEZ identificado con NUIP 1.072.991.350 residen actualmente en esta vereda en el kilómetro 1 variante Chía a Cota, frente a la Institución Educativa de Cerca de Piedra, en predios del señor José Benedicto, desde hace dos (2) años.

La presente certificación tiene una validez de 3 meses y se expide en el Municipio de Chía, a los catorce (14) días del mes de Noviembre del año 2024

Cordialmente,



WILIAM ENRIQUE BOSSA
Vicepresidente – JAC



MARTHA INES GUATAME CANASTO
Secretaria JAC