YONJAUER RUIZ QUINCENO

cc.1.104.694.633 de Libano, Tolima

Vereda Tiquiza sector los jotas tres esquinas.

3133541397

jruizquinceno@gmail.com

PERFIL

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

FORMACIÓN ACADEMICA

2022
Bachiller Acádemico
Institución Educativa
SISDATEC
Libano- Tolima.

2020
Institución Educativa
Técnica Isidro Parra

EXPERIENCIA

Febrero 15 2022
Auxiliar de bodega, almacenes Éxito.

Agosto 15 2022
Auxiliar de bodega, Supermercado El Diamante.

Septiembre 6 2023
Auxiliar de bodega, Supermercado El Molino.

REFERENCIA LABORAL

Mario Patiño
Jefe supermercado Éxito. 3206092996

Daisy Barragán.
Jefe inmediata Supermercado El Diamante.

REFERENCIA PERSONAL

Ivan Eduardo Díaz 3229204868
Migdalia Hernández 3133548970

Jhon Ruiz

YONJAUER RUIZ QINCENO CC 1.104.694.633

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.104.694.633

RUIZ QUICENO

APELLIDOS

YONJAUER

NOMBRES

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-2004

LIBANO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-MAR-2022 LIBANO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2907300-01296942-M-1104694633-20220511 0079280696A 1 56787411

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS

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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1104694633-125166

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30 nov. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	YONJAUER RUIZ QUICENO	**Identificación:**	1104694633
Género	MASCULINO **Edad:** 20	**Teléfono**	NO TIENE **Móvil:** 3133541397
Fecha Nacimiento:	16/02/2004	**Cargo:**	AUXILIAR DE BODEGA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	TIQUIZA	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	NO REPORTA
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
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA 2. CONTINUAR MANEJO DE PATOLOGIA CRONICA POR ENDOCRINOLOGIA EPS
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
FROTIS 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

NO

Información de Remisiones

ENDOCRINOLOGIA

"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.

Médico Especialista en Salud Laboral
LYDA ROCIO RIVERA ABAUNZA
18680-2017 52220653

Firma y cédula del Paciente
YONJAUER RUIZ QUICENO
1104694633

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 durante toda la vida en el sector **LOS JOTA** demostrando un excelente comportamiento en su convivencia con la comunidad.

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
YONJAUER	RUIZ QUICENO	CC 114694633

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

Cordialmente:

SALOMON QUECAN
Vicepresidente
Junta De Acción Comunal
Vereda Tiquiza
Cel.: 3153144829
Email; jacveredatiquiza@hotmail.com

KATIA SABALLE JIMENEZ

cc.1072644572 de.chia

Vereda fonqueta
Sector santa barbara

3222799689

Katiajimenes2010@gmail.com

PERFIL

me considero una persona muy responsable, seria y cumplidora de mis deberes.

FORMACIÓN ACADEMICA

Estudie en magangue bolivar en el colegio la paz hasta el grado 5 de primaria.

EXPERIENCIA

18-01.2021 *06-10-2022*
Auxiliar de cafeteria • banco itau • estafi colombia

22-09-2014 *03-02-2015*
bonchadora • cajica • flores canelon

10-07-2023 *28-11-2023*
Manipuladora de alimentos • fonqueta • ut bienestar colectivo

Tengo 3 hijos soy responsable de ellos 3, pago arriendo de vivienda, alimentacion.

No tengo ningún logro.

REFERENCIA LABORAL

Cuando trabaje en las flores, en canelon, me reconocieron por mi desempeño y me obsequiaron algunas cosas de valor.

Tambien me han felicitado en varios trabajos en los que estado por mi excelente rendimiento y rapidez con la que hago lo que me tocaba hacer.

REFERENCIA PERSONAL

Julio parra – 3212069575

Shirley quiros - 3196650719

Katia Paola Sabaye l

FIRMA

_____katia paola saballe jimenez_____ c.c.
_____1072644572_____de_____chia cundinamarca_____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.072.644.572

SABAYE JIMENEZ
APELLIDOS

KATIA PAOLA
NOMBRES

FIRMA

Fagua Pa

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1987
MAGANGUE
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.44 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

31-AGO-2005 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALVA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS

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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1072644572-123772

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	KATIA PAOLA SABAYE JIMENEZ	**Identificación:**	1072644572
Género	FEMENINO **Edad:** 37	**Teléfono**	**Móvil:** 3222799689
Fecha Nacimiento:	31/07/1987	**Cargo:**	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	VDA FONQUETA	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	PRIMARIA	**AFP:**	PROTECCION S.A.
Empresa	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	**AREA: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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

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

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

Firma y cédula del Paciente
KATIA PAOLA SABAYE JIMENEZ
1072644572

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. #4442024

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

CERTIFICA QUE

KATIA PAOLA SABAY JIMENEZ , identificada con CC No. 1.072.644.572 expedida en CHIA CUNDINAMARCA , reside en la Vereda Fonquetá Sector LA PAZ perteneciente a la jurisdicción de la ***Junta de Acción Comunal Fonquetá II Sector.***

Quien se encuentra radicada allí desde hace CINCO (5) años

Se expide en el Municipio de Chía, Cundinamarca a los CATORCE (14) días del mes de noviembre del año 2024, con destino para fines

JAC FONQUETA II SECTOR
Personería Jurídica No. 163
Noviembre 10 de 2004

LUZ STELLA CERON MONTAÑO
Presidente JAC Fonquetá II Sector

NORA LILIANA SEGURA SANCHEZ

cc. 354766816 de Chia

CLL 31 #0-97 Mercedez de Calahorra, chia

Tel 3144373015

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

EXPERIENCIA

EMPLEADA
Casa de Familia

REFERENCIA LABORAL

- Jose Buitrago
Jefe inmediato
3123970078

REFERENCIA PERSONAL

Liliana Segura Sànchez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **35.476.816**

SEGURA SANCHEZ

APELLIDOS

NORA LILIANA

NOMBRES

Liliana Segura Sánchez

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ABR-1973**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-MAY-1992 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1505500-00068443-F-0035476816-20080911 **0003**209737A 1 1810008144

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS

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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35476816-125173

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	30 nov. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	NORA LILIANA SEGURA SANCHEZ	**Identificación:**	35476816
Género	FEMENINO **Edad:** 51	**Teléfono**	**Móvil:** 3144373015
Fecha Nacimiento:	2/04/1973	**Cargo:**	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CALLE 31 N 0 97	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	COLPENSIONES
Empresa	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO 4. LIMPIEZA OTICA
VISIOMETRIA	PACIENTE DEBE ACTUALIZAR CORRECCION OPTICA DE USO PERMANENTE LO MAS PRONTO POSIBLE
MEDICINA OCUPACIONAL	1. REMISION A MANEJO POR NEUROCIRUGIA EPS 2. EVITAR SUBIR Y BAJAR ESCALONES DE MANERA CONTINUA O PERMANENTE 3. EVITAR REALIZAR SOBRECARGA SUYPERIOR A 5 KG 4. EVITAR POSCION AGACHADA, DE CUCLILLAS O DE RODILLAS O POSTURAS FORZADAS DE COLUMNA O DEPORTES DE ALTO IMPACTO 5. REALIZAR CAMBIOS DE POSICION DE BIPEDESTACION A SEDENTE CADA 2 HORAS CON PAUSAS ACTIVAS DE MINIO 10 MINUTOS 6. ESTAS RECOMENDACIONES SON PERMANENTES, SE DEBEN CUMPLIR DE FORMA LABORAL Y EXTRALABORAL 7. EVITAR REALIZAR HORAS EXTRA SOLO JORNADA LEGAL VIGENTE 8. PACIENTE DEBE ACTUALIZAR CORRECCION OPTICA DE USO PERMANENTE LO MAS PRONTO POSIBLE
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO CON PATOLOGÍA DE ORIGEN COMÚN CON RECOMENDACIONES QUE PUEDEN INTEFERIR ON ACTIVIDAD LABORAL
APTO PARA MANIPULACIÒN DE ALIMENTOS

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiologica o Programa de Prevencion y Promocion

BIOMECÁNICO - ERGONÓMICO	-	PPyP
OSTEOMUSCULAR	-	PPyP
VISUAL		PPyP

Información de Remisiones

NEUROCIRUGÍA

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.

Médico Especialista en Salud Laboral
LYDA ROCIO RIVERA ABAUNZA
18680-2017 52220653

Firma y cédula del Paciente
NORA LILIANA SEGURA SANCHEZ
35476816

MERCEDES DE CALAHORRA

LA JUNTA DE ACCION COMUNAL DEL BARRIO MERCEDES DE CALAHORRA CHIA

CERTIFICADO DE VECINDAD

Que el (la) señor (a) **NORA LILIANA SEGURA SANCHEZ** identificado(a) con Cedula de Ciudadania N° 35476816 ; reside en la **Calle 31 # 0-97** del barrio desde hace 30 años, lo anterior para que presente en constancia a solicitud del interesado. (TRABAJO)

Se expide en Chia, Cundinamarca a los 01 dias del mes de Noviembre del 2024

Atentamente

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

YANETH ESPERANZA SUTA CIFUENTES

cc.35478603 de Chía

Via guaymaral sector la virguen

3148275496

Yanethsuta26@gmail.com

PERFIL

Persona caracterizada por ser honesta, comprometida, con capacidad de trabajo en equipo, recursividad, con gusto por el trabajo bien hecho, atenta a escuchar al detalle, de buen trato con todas las personas.

FORMACIÓN ACADEMICA

Básica primaria: Colegio la balsa

Básica secundaria (Grado sexto - Grado decimo): Colegio José Joaquín Casas

EXPERIENCIA

Enero 2017 – Diciembre 2018
Servicios generales • Limpieza • Ilton Colombia SAS

Junio 2022 – Noviembre 2023
Auxiliar de cocina • Auxiliar de cocina • Unión Temporal Bienestar Colectivo

En los cargos desempeñados, he realizado las funciones de limpieza, mantenimientos generales y actividades de cocina.

REFERENCIA LABORAL

Oscar García - Jefe
Tel. 3108078154

Santiago Medina - Jefe
Tel. 3212828035

REFERENCIA PERSONAL

Liliana Suta Cifuentes – Atención al cliente
Tel. 3046817050

Rafael Antonio Suta - Pensionado
Tel. 3212334431

FIRMA

Yaneth Suta.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.478.603

SUTA CIFUENTES

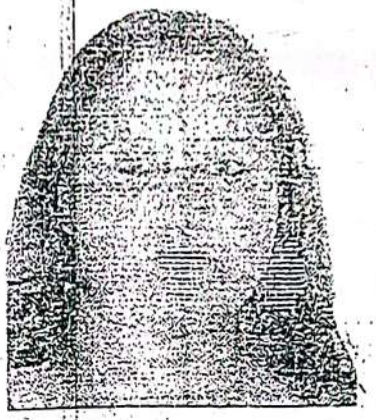
APELLIDOS

YANETH ESPERANZA

NOMBRES

Yaneth Suta.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1976

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

08-DIC-1994 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1505500-00167609-F-0035478603-20090807 0014654925A 2 1800104058

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS

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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35478603-123846

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	YANETH ESPERANZA SUTA CIFUENTES	**Identificación:**	35478603
Género	FEMENINO **Edad:** 48	**Teléfono**	NO TIENE **Móvil:** 3148275496
Fecha Nacimiento:	17/09/1976	**Cargo:**	ECONOMA
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	VIA GUAIMARAL SECTOR LA VIRGEN	**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
VISIOMETRIA	USO DE RX GAFAS PARA VISION PROXIMA. USO DE EPP. 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.

ADRIANA BUTRABI RIVERÓS
Médico Esp Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Lic/Res.1640-13-06-2022

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

Firma y cédula del Paciente
YANETH ESPERANZA SUTA CIFUENTES
35478603

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
LA BALSA SECTOR
LA VIRGEN

PERSONERÍA JURÍDICA 2004 445 RES. 169 DEL 29 DE NOVIEMBRE DE 2004

CERTIFICACIÓN

La junta de Acción Comunal la Balsa sector La Virgen certifica que la señora **YANETH ESPERANZA SUTA CIFUENTES** identificado con cedula de ciudadanía No.35478603 de Chía, habita con su núcleo familiar, en casa familiar desde hace aproximadamente quince (15) años.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesado a los doce (12) días del mes noviembre de 2024 y es válida únicamente para realizar trámites **LABORALES.**

JUNTA DE ACCION COMUNAL
VEREDA LA BALSA
SECTOR LA VIRGEN
PERSONERIA JURIDICA No. 445 de 2004

Flor Angela Suta García
Presidente

Angie Paola Ardila
Angie Paola Ardila
Secretaria

Sharick daniela tula segura

cc.1007781894 de chia

Carrera 2 # 33-42 casa 3 3193674291 Danielatula61@gmail.com

PERFIL

Soy una persona proactiva, responsable y comprometida, con habilidades para trabajar en equipo y adaptarme a diferentes entornos laborales. estoy enfocada en contribuir al cumplimiento de objetivos organizacionales. Mi meta es seguir desarrollándome profesionalmente, aportando mis conocimientos y habilidades al crecimiento de la empresa.

FORMACIÓN ACADEMICA —

Bachiller 2019

EXPERIENCIA

septiembre-07-2021 – nobiembre 20-2021
Auxiliar de produccion • empacadora • cascabel

Noviembre 09-2023 - junio 05-2024
mesera • mesera • asadero pikotazo

marzo-09-2018 – noviembre-28-2018
monitorade ruta • monitora de ruta • colegio abraham maslow

Responsabilidades:Supervisar la seguridad de los pasajeros durante el recorrido.Garantizar el orden y cumplimiento de las normas en el transporte.Comunicar novedades a padres y responsables.
Logros:Registro impecable de seguridad durante el desempeño del cargo.Reconocimiento por la atención y cuidado hacia los pasajeros.

REFERENCIA LABORAL

Asadero pikotazo Brayan quitian celular: 3133220598
Conductor ruta David Mojica celular: 3143774304
Cascabel flor ariza telefono: 3276105

REFERENCIA PERSONAL

Rubiela segura:3228883818

Daniela Tula

Danielatula61@gmail.com **c.c. 1007781894 de chia,cundinamarca**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.781.894

TULA SEGURA

APELLIDOS

SHARICK DANIELA

NOMBRES

Daniela Tula Segura

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ABR-2001**

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

11-ABR-2019 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1505500-01080076-F-1007781894-20190704 **0065**44698A 2 1805430007

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS

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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1007781894-125721

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	14 dic. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	SHARICK DANIELA TULA SEGURA	**Identificación:**	1007781894
Género	FEMENINO **Edad:** 23	**Teléfono**	**Móvil:** 3193674291
Fecha Nacimiento:	10/04/2001	**Cargo:**	AUXILIAR OFICIOS VARIOS
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CLL 31 0 97 CALAORRA	**ARL:**	SEGUROS BOLIVAR S.A.
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
VISIOMETRIA	PACIENTE DEBE ACTUALIZAR 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 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.

HERNAN GARCIA MERCADO
Medico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-0334/14

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

Firma y cédula del Paciente
SHARICK DANIELA TULA SEGURA
1007781894

MERCEDES DE CALAHORRA

LA JUNTA DE ACCION COMUNAL DEL BARRIO MERCEDES DE CALAHORRA CHIA

CERTIFICADO DE VECINDAD

Que el (la) señor (a) **TULA SEGURA SHARICK DANIELA** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° **1.007.781.894;** reside en la **CRA 2 No. 33-42 CASA 3,** del barrio desde hace 10 años, lo anterior para que presente en constancia a solicitud del interesado. (TRABAJO)

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

Atentamente

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

MERCEDES DE CALAHORRA
Jimmy Alexander Beltran
PRESIDENTE

SANDRA PATRICIA VARGAS VARGAS

cc.39756113 de bogota

Calle 21 -7-28 chilacos 3105682123 sandrapvv@hotmail.com

PERFIL

Me considero una persona responsable creatica, organizada,puntual.
Asumo con agrado los retos, además de tener buen manejo de relaciones interpersonales con facilidad de trabajar en equipo, así como también resolver problemas eficientemente y lograr metas trazadas por la empresa uy mi grupo de trabajo.

FORMACIÓN ACADEMICA —

Tecnica Auxiliar Administrativa

EXPERIENCIA

Marzo 2023-Diciembre 2023
Auxiliar de cocina • Union Temporal Bienestar Colectivo

Enero 2020-Febreo 2023
Cordinadora de produccion • zeotropic de colombia

Octubre 2018-Diciembre 2019
Auxiliar de cocina • Findacion colombiana de gestion y oprogreso socual

REFERENCIA LABORAL

Union Temporal Bienestar Colectivo
Jefe inmediato: Santiago medina
Teléfono: 3212828030

Findacion colombiana de gestion y oprogreso socual
Jefe inmediato:Maria de lurdes
Teléfono: 3114482846

zeotropic de colombia
Jefe inmediato:Lina Rodriguez
Teléfono: 3134399930

REFERENCIA PERSONAL

Johana Dueñas
Teléfono:3224359810

FIRMA

Sandra P. Vargas c.c. 39756113 de Bta

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.756.113

VARGAS VARGAS

APELLIDOS

SANDRA PATRICIA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1970

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-ABR-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500500-00062422-F-0039756113-20080901 0002854076A 1 1810003123

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS

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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 39756113-123778

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	SANDRA PATRICIA VARGAS VARGAS	**Identificación:**	39756113
Género	FEMENINO **Edad:** 53	**Teléfono**	**Móvil:** 3105682123
Fecha Nacimiento:	18/11/1970	**Cargo:**	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	CLL 21 7 28	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	**AREA: No Reporta**	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiologica o Programa de Prevención y Promocion

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.

HERNAN 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

Firma y cédula del Paciente
SANDRA PATRICIA VARGAS VARGAS
39756113

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

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, reside en esta vereda
Hace 10 meses en el sector SAN JULIAN.

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
SANDRA PATRICIA	VARGAS VARGAS	CC. 39756113

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

Cordialmente:

HECTOR ROJAS CABRA
Presidente
Junta De Acción Comunal
Vereda Tiquiza
Cel.: 313 226 7116
Email; jacveredatiquiza@hotmail.com

Yohana del Carmen Velasquez Rosario

cc.1003081228 de puerto libertador, Córdoba

Carrera 2B # 5 -45 el Cairo.
3146131759
Yohanavelasquez673@gamil.com

Soy una persona organizada que cumple con las labores y requerimientos que se le exigen, soy compañerista me gusta trabajar en equipo, capaz de liderar y solucionar problemas rápidamente, acepto mis errores y intento corregirlos.

FORMACIÓN ACADEMICA —

Año de finalización: 9/12/2015
Título obtenido: primaria
Nombre la institución: José María Córdoba

Año de finalización: 19/12/2019
Título obtenido: bachillerato
Nombre de la institución: José María Córdoba

EXPERIENCIA

05/03/2022 – 25/09/2023
operaria • cultivo• mg consultores
Debía cumplir un rendimiento y entregar mis labores asignadas .

10/02/2020. – 18/02/2020
Auxiliar • cocina • restaurante las puertas
Cocinar, cortar verduras , atención al cliente etc. .
Soy una persona responsable, dinámica, me gusta trabajar en equipo , tengo buena comunicación con los demás .

REFERENCIA LABORAL

Restaurante las puertas.
Cocinar , atención al cliente , entre otros .
Inicio 10/02/2020
Retiro 18/02/2022.
Jefé inmediato:
Patricia Martinez
Cel:3117294664.

Mg consultores
Operaria de cultivo
Inicio:05/03/2022
Retiro:25/09/2023
Jefé inmediato:
Yulieth Escobar
Cel: 3214226578

REFERENCIA PERSONAL

Nathalia omen
Bachiller
3127865470

Yalimar Palencia km
Bachiller
3122978182

Jhohana Velasquez

FIRMA

_____yohana Velasquez_____ c.c.
_____1003081228_____de_____puerto libertador, Córdoba_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.003.081.228**

VELASQUEZ ROSARIO

APELLIDOS

YOHANA DEL CARMEN

NOMBRES

Jhohana Velasquez

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-2003**

PUERTO LIBERTADOR
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-ENE-2021 PUERTO LIBERTADOR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1303200-01207067-F-1003081228-20210203 0073298074A 2 8501363801

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1003081228-125609

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	12 dic. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	YOHANA DEL CARMEN VELASQUEZ ROSARIO	**Identificación:**	1003081228
Género	FEMENINO **Edad:** 21	**Teléfono**	**Móvil:** 3146131759
Fecha Nacimiento:	14/01/2003	**Cargo:**	AUXILIAR DE COCINA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección	CARRERA 2 B N 5 45	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	NO REPORTA
Empresa	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS -		

EXÁMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

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

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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

HERNAN GARCIA MERCADO
Medico Campano y Laboral
R.S.O 25-3021/14

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

Firma y cédula del Paciente
YOHANA DEL CARMEN VELASQUEZ ROSARIO
1003081228

Junta de Acción Comunal **Barrió el Cairo**
Personería Jurídica 0059 mi Gobierno

Chía, 11 de Diciembre 2024

Código de Verificación 20243631228

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

Por medio de la presente quien suscribe certifica a **Yohana Del Carmen Velasquez Rosario ,** con cedula de ciudadania No**. 1.003.081.228,** se encuentra actualmente residente en la **carrera 2b # 5-45 ,** en el barrio Cairo desde hace 5 años .

A quien Corresponda:

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

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

Cordialmente;

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

Email: j.a.c.barrioelcairochia@gmail.com *WhatsApp: 3025264142* *Móvil: 3025264142*

GRACIELA VIDES RODRIGUEZ

cc.1019148599 de Bogota

Vereda Tiquiza Sector La Capilla (Calle Los Ochoas)

3213918349

graciela_vides_17@hotmail.com

PERFIL

Tengo 2 años de experienca en cocina relacionada con el PAE y 5 años de experiencia en aseo y desinfeccion, me gusta aprender cosas nuevas y trabajar en equipo.

FORMACIÓN ACADEMICA

Soy bachiller, me gradue en el año 2010 en Venezuela y tengo un Tecnologo en Primera Infancia el cual curse virtualmente y me gradue en Diciembre del año 2023

EXPERIENCIA

26/02/2024 – 04/10/2024

- Manipuladora de alimentos
- Economa
- Union Temporal Ideando Soluciones

04/02/2023 – 25/11/2023

- Manipuladora de alimentos
- Economa
- FUNBIENCOL

30/04/2022 – 18/12/2022

- Aseadora
- Servivios Generales
- EMINSER

REFERENCIA LABORAL

- Angelica Segura 3204231958
- Santiago Medina 3212828035
- Diana Bohorquez 3178405079

REFERENCIA PERSONAL

- Luis Carlos Ortiz 321 9320346
- Karime Beltran 322 4123232

Graciela Vider

FIRMA

c.c. 1019148599 de Bogota

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.019.148.599

VIDES RODRIGUEZ

APELLIDOS

GRACIELA

NOMBRES

FIRMA

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-1991

GUAMAL
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

18-MAY-2017, BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01275331-F-1019148599-20220106 0077747928A-1 9918090563

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS

ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900400631-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1019148599-123765

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	GRACIELA VIDES RODRIGUEZ	**Identificación:**	1019148599
Género	FEMENINO **Edad:** 33	**Teléfono**	NO TIENE **Móvil:** 3213918349
Fecha Nacimiento:	18/02/1991	**Cargo:**	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	VRDA TIQUIZA	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	COLFONDOS
Empresa	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS LABORALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO CON EL RIESGO. HABITOS DE VIDA SALUDABLES: ALIMENTACION BALANCEADA Y ACTIVIDAD FISICA REGULAR. REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO PERIFERICO. SE RECOMIENDA EL USO MEDIAS ANTIVARICES DE COMPRESION BAJA.
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

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.

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

Firma y cédula del Paciente
GRACIELA VIDES RODRIGUEZ
1019148599

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

CERTIFICA

Que el núcleo familiar relacionado a continuación, residen en esta vereda desde hace 2 años en el Sector LOS OCHOA.

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
GRACIELA	VIDES RODRIGUES	CC.1.019.148.599
TYRONE ALEXANDER	ROJAS VIDES	RC.1.072.677.561

Dada en Chía Cundinamarca a los 25 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente:

HECTOR ROJAS CABRA
Presidente
Junta De Acción Comunal
Vereda Tiquiza
Cel.: 313 226 7116
Email; jacveredatiquiza@hotmail.com

LILIANA VILLALBA

CC.1068656802 de Cienaga de oro Cordoba

Vereda Fonqueta sector
la Arenera

3158666740

PERFIL

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

FORMACIÓN ACADEMICA

Bachiller Grado 9
I.E. MADRE BERNARDA

EXPERIENCIA

24 Junio 2021- 15 Enero 2024
Auxiliar de Servicios Generales · Compass Group
9 Enero 2015-20 Enero 2020
Auxiliar de cocina · Inversiones W Edelweiss

REFERENCIAS FAMILIARES

Dulce Maria Soto
Teléfono:3042375036

REFERENCIA LABORAL

Compass Group
Jefe inmediato: Sra. Alexandra
Teléfono: 3202683971

Inversiones W Edelweiss
Jefe inmediato:Francina Ramirez
Teléfono: 3102533144

REFERENCIA PERSONAL

Katia Sabaye Jimenez
Teléfono:3222799689
Rene Beltrán
Teléfono:3208790258

FIRMA

Liliana Villalba c.c. 1068656802 de C. de oro

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.068.656.802
VILLALBA DORIA
APELLIDOS
LILIANA PATRICIA
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 04-ENE-1983
CIENAGA DE ORO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-ABR-2004 CIENAGA DE ORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VELA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1503100-01121659-F-1068656802-20191223 00694410 17A 1 1905788922
ESTADO CIVIL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS

ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 830400831-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1068656802-123774

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	LILIANA PATRICIA VILLALBA DORIA	**Identificación:**	1068656802
Género	FEMENINO **Edad:** 41	**Teléfono**	NO TIENE **Móvil:** 3158666740
Fecha Nacimiento:	4/01/1983	**Cargo:**	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección	FONQUETA	**ARL:**	NO REPORTA
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

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

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: CONTROL Y SEGUIMINETO POR PROGRAMA DE NUTRICION DE EPS PAUSAS ACTIVAS HABITOS D VIDA SALUADBLE REALIZZR 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

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.

HERNAN 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

Firma y cédula del Paciente
LILIANA PATRICIA VILLALBA DORIA
1068656802

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. #4432024

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

CERTIFICA QUE

LILIANA PATRICIA VILLALBA DORIA , identificada con CC No. 1.068.656.802 expedida en SIENEGA DE ORO , reside en la Vereda Fonquetá Sector LA PAZ 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 CATORCE (14) días del mes de noviembre del año 2024, con destino para fines .

JAC FONQUETÁ II SECTOR
Personería Jurídica No. 163
Noviembre 10 de 2004

LUZ STELLA CERON MONTAÑO
Presidente JAC Fonquetá II Sector

Nileth Del Carmen Wilches García

C.C:32280319 de Antioquia

[Dirección]
Calle 1 #10-90.
Barrio Siata

[Teléfono]
3242801991

[Correo electrónico]
Nilethwilches0582@gmail.com

PERFIL

Soy una persona responsable, honesta,tengo experiencia en lo que hago y me gusta mi trabajo.

FORMACIÓN ACADEMICA

Bachiller:
Institución Divino Niño
Caucasia

EXPERIENCIA

Fecha de Inicio: 06/03/2024- fecha de finalización: 27/10/2024
Cargo: Manipuladora de alimentos
Nombre empresa: Unión Temporal Ideando Soluciones.

Fecha de Inicio: 16/06/2023 fecha de Finalización: 25/11/2023
Cargo: Economa
Nombre de la Empresa: Unión Temporal Bienestar Colectivo.

Fecha de Inicio: 03/03/2023 fecha de Finalización: 15/06/2024
Cargo: Economa
Nombre de la empresa: fundación Bienestar Colectivo.

Responsabilidades: Auxiliar de cocina, orden, limpieza y desinfección permanente de espacios en la cocina.

REFERENCIA LABORAL

Santiago Medina: 321 2828035 (Unión Temporal Bienestar Colectivo)
Tatiana Narváez: 318 3894348 (Fundación Bienestar Colectivo)

REFERENCIA PERSONAL

- Germaris Tribiño: 3152606156
- Maria Robles: 3215037335

Nileth Wilchez Garcia

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32280319

WILCHES GARCIA
APELLIDOS

NILET DEL CARMEN
NOMBRES

Nilet Wilches Garcia
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1982
MONTELIBANO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

25-JUL-2000 LA PINTADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0117000-16086522-F-0032280319-20010418 07628 01054A 02 094861082

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Accionar Salud IPS

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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 32280319-123812

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	NILET DEL CARMEN WILCHES GARCIA	**Identificación:**	32280319
Género	FEMENINO **Edad:** 42	**Teléfono**	**Móvil:** 3242801991
Fecha Nacimiento:	5/01/1982	**Cargo:**	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	BARRIO SANTA LUCIA CRR 7 CLL 4	**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
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

VISUAL		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.

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

Firma y cédula del Paciente
NILET DEL CARMEN WILCHES GARCIA
32280319

JUNTA DE ACCION COMUNAL
BARRIO SIATA

CERTIFICACION

CHIA 14 de Noviembre 2024

Los vecinos y la Junta de Acción Comunal del barrio Siatá, certifican que la persona Nilet del Carmen Wilches Garcia identificada con (~~CC~~) (CE) (TI) (RC) número 32.280.319 expedida en La Pintada vive en el barrio hace aproximadamente 2 (1) (años) (meses) y el cual reside en el domicilio con dirección Calle 12 #10-90 del Barrio Siatá.

JUAN CARLOS ESPITIA
CC. 80400633.
PRESIDENTE
J.A.C. BARRIO SIATA

Personería Jurídica n° 1289 mayo 5 1981
jacbarriosiata@gmail.com Tel. 3112152227 - 3102190031