

TANIA LORENA HERNADEZ PARRA

cc. 1.007.401.837

de Chia

Calle 21ª numero 5-
29

3194272890

Tania28hernandez1217@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

Instituto el rosario

Bogotá

Año:2018

Bachillerato

EXPERIENCIA

0507/2022 /25/11/2023

Funbiecol

Manilulacion de alimentos

Telefono:3212828035

Auxiliar de policia

22-02-2021 / 22-02-2022

Sharem Sport

Asesor comercial

15-11-2018 /20-04-2019

0507/2022 /25/11/2023

Teléfono:3026050243

Peluquería Sandra Betancur

Estlista Auxiliar

26-11-2016 / 18-10-2017

Telefono:3144278404

REFERENCIA PERSONAL

Luz Murcia

Tel:3133739869

REFERENCIA FAMILIAR

Sofia Guerrero

Tel:3214468629

Yolanda Parra

Tel :3232445614

Tania Lorena Hernandez

FIRMA

C.C.

de

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.007.401.837

HERNANDEZ PARRA

APELLIDOS
TANIA LORENA

NOMBRES
TANIA HERNANDEZ

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-2000

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA A+ G.S. RH F SEXO

06-NOV-2018 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ

INDICE DERECHO



P-1505500-01077862-F-1007401837-20190628 0065678392A-1 9908710909



MEDILAB SERVICE SAS
Servicios médicos laborales

NIT. 901.277.852-6

Carrera 11 # 15 - 38

Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.825

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
12 DÍA	01 MES	2024 AÑO	CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)		
Ciudad			EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES			PARTICULARES		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
HERNANDEZ PARRA TANIA LORENA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	23 AÑOS 5 MESES 8 DÍAS	CC 1007401837
				Tipo	Número

MANIPULADORA ALIMENTOS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: NO APLICA

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	K.O.H DE UÑAS	✓
FROTIS DE GARGANTA	✓	COPROLOGICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma:

Firma:

Nombre: RODRIGUEZ JAIME DIANA PATRICIA

Nombre: HERNANDEZ PARRA TANIA LORENA

R. M.: RM 52707728

L.S.O.: RESO. 8791

Código de Seguridad
F916L1R7825

CC: 1007401837



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

Chía, octubre 01 de 2024

SEÑORES:

A

QUIEN PUEDA INTERESAR

La presidenta de la junta de Acción comunal Barrió Chilacos, certifica que El Señor (a): Tania Lorena Hernández Parra C.C. No 1.007.401.837, Vive en la calle 21A No 5 -29, hace más de 13 años, Barrió Chilacos.

Certificación que se expide a petición de la parte interesada con fines de Estudio, septiembre 09 del 2024.

Atentamente:

Teresa Canasto Narváez
Presidenta

Teléfono: 3125788423

Email. Jacchilacos2020@gmail.com

DATOS PERSONALES

NOMBRE Samara Hilena Velasquez Glenchieta
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1003626151
FECHA DE NACIMIENTO 28 de octubre de 2002
LUGAR DE NACIMIENTO Facatativa Cund.
ESTADO CIVIL Unión libre
DIRECCIÓN Cra. 8 21a-24
CELULAR 3023716876
E-MAIL muqo463i@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios Secundarios: Bachiller Académico.

OTROS:

EXPERIENCIA LABORAL

Nombre empresa: Unión Temporal Idemelo Soluciones
CARGO: Economista
JEFE INMEDIATO: Heidy Martinez
TELEFONO: 3124526679
TIEMPO LABORADO: 6 meses

FUNCIONES REALIZADAS: Auxiliar de cocina

Nombre empresa:
CARGO:
JEFE INMEDIATO:
TELEFONO:
TIEMPO LABORADO:

FUNCIONES REALIZADAS:

Nombre empresa:
CARGO:
JEFE INMEDIATO:
TELEFONO:
TIEMPO LABORADO:

FUNCIONES REALIZADAS:

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre y apellidos: John Alexander Forero Carreño
CARGO: Operario
Cel: 3123153417

Nombre y apellidos: Sofia Camón
CARGO: Asesora financiera
Cel: 3203626638

Hilera Velásquez
cc 1003628151 de Quipile Cord
cel: 3023716876

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.626.151
VELASQUEZ MENDIETA

SEXOS
SANDRA MILENA

MONEDRA

Sandra Velasquez
FIRMA



ÍNDICE REVELADO

FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-2002

QUIPILE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

B+

GRUPA SANG

F

SEXO

10-NOV-2020 QUIPILE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRO NACIONAL
ALEJANDRO VEGA RECOHA



P-1521400-01184849-F-1003626151-20201203

0072687958A 1

55877713



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

Dra. Patricia Suarez N.

Medica especialista en Salud Ocupacional

CONCEPTO DE APTITUD MANIPULADOR DE ALIMENTOS

No 01-2024

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

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

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

CONCEPTO MÉDICO DE ACUERDO CON LOS LABORATORIOS

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

TRATAMIENTO

No requiere

Medico Patricia Suarez N.

R.M. 542/96



LABORATORIO CLÍNICO

Servicio: Profesional

CONTACTOS

8637378
laboratorioclinico0520@gmail.com
Calle 9 # 7 - 103 2do Piso
Escaleras exteriores
Chia (Cundinamarca)

RESULTADO(S) LABORATORIO CLÍNICO

PACIENTE: SANDRA MILENA VELASQUEZ
MENDIETA

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC NÚMERO IDENTIFICACIÓN:
1003626151

FECHA NACIMIENTO:
28/10/2002

EDAD: 21 año(s) 2 mes(es) 21
día(s)

GÉNERO: Femenino

INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA: LABORATORIO CLÍNICO

TIPO PLAN: Otro

TIPO VINCULACIÓN: No Aplica

DESCRIPCIÓN

FECHA INGRESO: NA
FECHA RESULTADO: 18/01/2024

MICROSCOPIA

LABORATORIO CLÍNICO: EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH) (901305)

TÉCNICA: MANUAL

RESULTADO(S)

PARÁMETRO	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
TIPO MUESTRA	KOH DE UÑAS	No Aplica
ALTADO	NEGATIVO	No Aplica
OBSERVACION		No Aplica

LABORATORIO CLÍNICO: COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (901107)

TÉCNICA: MANUAL

RESULTADO(S)

PARÁMETRO	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
TIPO MUESTRA	FROTIS FARINGEO	No Aplica
COLORACION DE GRAM	CELULAS +, FLORA NORMAL DE GARGANTA	No Aplica
REACCION LEUCOCITARIA	ESCASA	No Aplica

LABORATORIO CLÍNICO: COPROLÓGICO (907002)

TÉCNICA: MANUAL

RESULTADO(S)

PARÁMETRO	VALOR	VALOR(ES) REFERENCIA
COLOR	CAFE	No Aplica
CONSISTENCIA	PASTOSA	No Aplica
MOCO	-	No Aplica
ALMIDONES	-	No Aplica
SAS NEUTRAS	-	No Aplica
RESTOS VEGETALES	+	No Aplica
FIBRAS MUSCULARES	++	No Aplica
FLORA BACTERIANA	NORMAL	No Aplica
LEUCOCITOS	-	No Aplica
HEMATÍES	-	No Aplica
LEVADURAS	NEGATIVAS	NEGATIVAS
MICELIOS	NEGATIVOS	NEGATIVOS
RESULTADO PARASITOLOGICO	NEGATIVO PARA PARASITOS INTESTINALES	No Aplica
OBSERVACION		No Aplica

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Sandra Milena Velasquez Mendieta
Sandra Milena Velasquez Mendieta

Documento Validado Electrónicamente

SANDRA MILENA VELASQUEZ MENDIETA (Cédula ciudadanía: 1003626151)

Narvan Soft
www.narvansoft.com

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA FAGUA
PERSONERIA JURIDICA 2750-66



CERTIFICA

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

NOMBRES:	APELLIDOS:	DOCUMENTO:
SAN DRA MILE N A	VE LASQUE Z ME N DIE TA	C.C. 1003626151

Dada en Chía (Cundinamarca), a los 25 días del mes de noviembre de 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

DATOS PERSONALES

NOMBRE Ximena Alexandra Castro Hernández
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1070007640
FECHA DE NACIMIENTO 9-11-88
LUGAR DE NACIMIENTO Zipaquira. (Cundinamarca)
ESTADO CIVIL Soltera.
DIRECCIÓN Calica Carrera 13a U-6-77
CELULAR 3213526729
E-MAIL Xach8511@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios Secundarios: Bachiller Académica 2005

OTROS:

EXPERIENCIA LABORAL

Nombre empresa: Sodexo
CARGO: Auxiliar de Alimentación
JEFE INMEDIATO: willian
TELEFONO:
TIEMPO LABORADO: 18 meses.

FUNCIONES REALIZADAS: Autoservicio, Alistamiento de materia Prima

Nombre empresa: universidad de la Sabana.
CARGO: Auxiliar de autoservicio
JEFE INMEDIATO: Lilliana
TELEFONO: 3103266285
TIEMPO LABORADO: 6. meses.

FUNCIONES REALIZADAS: Autoservicio en Ineq

Nombre empresa: Diluca
CARGO: Steward
JEFE INMEDIATO: Cristian Aponte
TELEFONO: 3195343103
TIEMPO LABORADO: 5. meses.

FUNCIONES REALIZADAS: Apoyo en cocina fria,

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre y apellidos: Omaira Escobar
CARGO: Administradora financiera
Cel: 3223947532

Nombre y apellidos: Tania Torres
CARGO: Coordinadora en Salud ocupacional
Cel: 3124351421

Ximara Alexandra Castillon Rodriguez.
cc 1070007640 de Calica
cel: 3213526722.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.070.007.640

CASTRO HERNANDEZ

APELLIDOS

XIMENA ALEXANDRA

NOMBRES

Ximena Alexandra Castro Hernandez



FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1988

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 0+ F

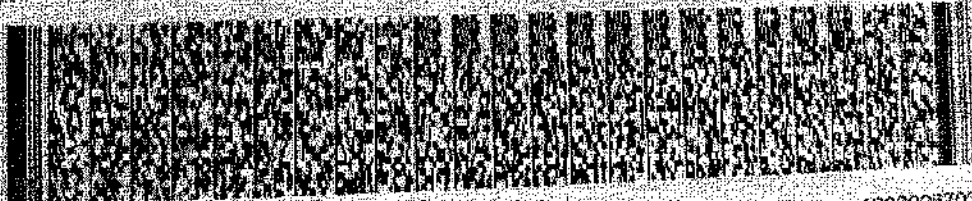
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-ENE-2007 CAJICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1605590-00631034-F-1070007640-20141004 0040418634A 1 1803026703

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA

MD. UNIVERSIDAD NACIONAL

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.



DR. CARLOS A CANTOR H

NIT: 2993727

LSO - 2969/19

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 1070007640-48641

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	29 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	XIMENA ALEXANDRA CASTRO HERNANDEZ	Identificación:	1070007640
Género:	FEMENINO Edad: 35	Teléfono:	3213526724 Móvil: 3213526724
Fecha Nacimiento:	4/11/1988	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CARRERA 13 A 6 77	ARL:	SURA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	PARTICULAR	AREA:	No Reporta

EXAMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

CONCEPTO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO

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

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

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

*CONSENTIMIENTO

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

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Si autorizo, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

Médico Especialista en Salud Laboral
CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
2969



Y manténgase actualizado

Firma y cédula del Paciente
XIMENA ALEXANDRA CASTRO HERNANDEZ
1070007640

**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 **LA CAPILLA** demostrando un excelente comportamiento en su convivencia con la comunidad.

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
XIMENA ALEXANDRA	CASTRO HERANDEZ	CC 1070007640

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



J. J.

DATOS PERSONALES

NOMBRE Olga Lucia Chavez Orpela.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1000181095.
FECHA DE NACIMIENTO 8 febrero 2002
LUGAR DE NACIMIENTO Bogota
ESTADO CIVIL Soltera.
DIRECCIÓN vereda La Balsa Sector las juntas.
CELULAR 3112833532.
E-MAIL olga.1999.Chavez@gmail.com.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios Secundarios:

Bachiller
Diplomado en cocteleria y Mixologia.

OTROS:

EXPERIENCIA LABORAL

Nombre empresa: Ruta escolar

CARGO: Monitora

JEFE INMEDIATO: Cristian

TELEFONO:

TIEMPO LABORADO: 3 meses.

FUNCIONES REALIZADAS: Conductor.

Nombre empresa:
CARGO:
JEFE INMEDIATO:
TELEFONO:
TIEMPO LABORADO:

FUNCIONES REALIZADAS:

Nombre empresa:
CARGO:
JEFE INMEDIATO:
TELEFONO:
TIEMPO LABORADO:

FUNCIONES REALIZADAS:

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre y apellidos: Angela Nireya Chavez
CARGO: empleada.
Cel: 3118406854.

Nombre y apellidos:
CARGO:
Cel:

Olga Irena Chavez Ospina
cc 1000181095. de Chica.
cel: 3112833532.

***Kontaktieren Sie uns:**

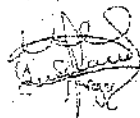
NUF 1.000.181.095

Figure

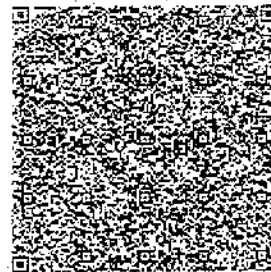
John D. Jones



027998218

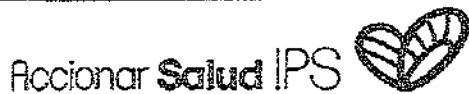


REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL027998218615055<<<<<<<<<
0202088F3307180COL1000181095<5
CHAVEZ<ORJUELA<<OLGA<LUCIA<<<<

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1000181095-111730

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	21 feb. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	OLGA LUCIA CHAVEZ ORJUELA	Identificación:	1000181095
Género:	FEMENINO Edad: 22	Teléfono:	Móvil: 3112833532
Fecha Nacimiento:	8/02/2002	Cargo:	AUXILIAR DE COCINA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	VRD LA BALSA SC LAS JUNTAS	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	NO REPORTA
Empresa:	UNION TEMPORAL LAZOS DE ESPERANZA		

AREA: No Reporta

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
PROTIS FARINGEO	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

APTO CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMÚN QUE NO INTERFIERE EN EL DESEMPEÑO DEL CARGO
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones:

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

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

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, incluidos 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 realizarla 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.

E.M. 0588-07
Especialista en Salud
Ocupacional Lic. No. 857079

Médico Especialista en Salud Laboral
LAURA MARÍA SALGAR CAICEDO
5519/2019 52689156



Firma y cédula del Paciente
OLGA LUCIA CHAVEZ ORJUELA
1000181095



JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL LAS JUNTAS
PERSONERÍA JURÍDICA No. 1097 DE MAYO DE 1985

CHIA CUNDINAMARCA
VEREDA LA Balsa, SECTOR LAS JUNTAS

No. 141

CERTIFICADO DE RESIDENCIA

Chía, 08 de noviembre de 2024.

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

La Señora Olga Lucia Chavez Orjuela

identificado con C.C. No: 1000187095 es residente de la Vereda la Balsa, Sector las Juntas en la

siguiente dirección: fuerza Villa Lichana - entrada colegio San Diego

Tiempo de residencia: 2 años

Teléfono fijo

Celular: 311 783 3532

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

ALVARO OVALLE CERINZA
Presidente JAC

CLARA INES KING
Secretaria

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL VEREDA LA Balsa SECTOR LAS JUNTAS - CHÍA. CUN

JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL

EMAIZA ESTHER SERRANO LAGUNA

c.c.45.743.694

de Morales Bolívar

Cra. 5 este #11-83
Barrio Samaria-Chia

321 4361925

emaserranolaguna2021@gmail.com

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, automotivación, creatividad y con actitud positiva para recibir instrucciones y trabajar en equipo.

FORMACIÓN ACADEMICA

MANIPULACION DE ALIMENTOS

Curso

Fecha finalización:
2022

Junio 2022 -Noviembre 2023

Manipulador de alimentos • Economo • FUMBIENCOL

BACHILLER ACADEMICO

Institución: Agustín
Rangel

Estado: Graduado

Fecha finalización:
1998

Diciembre 2020-Mayo 2022

Asesora • Tendera • SALSAMENTARIA PYEMCO

Preparación de alimentos para comedor estudiantil, aseo y desinfección de áreas. Asesor comercial, atención al público, venta de alimentos perecederos y no perecederos, desinfección de áreas, manejo de dinero.

REFERENCIA LABORAL

Luz Marina Ballesteros- Comerciante
Celular: 313 5477310

REFERENCIA PERSONAL

Kateryn Steffany Santiago Serrano
Cel. 312 4369509

FIRMA

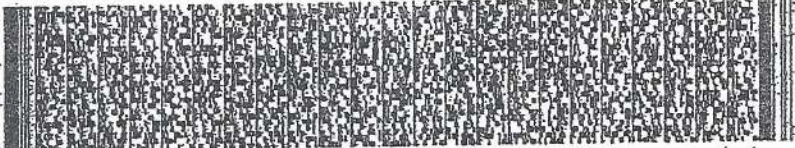


Mora

C.C. 45.743.694 de Morales Bolivar

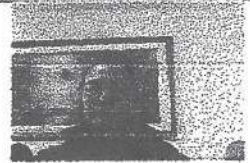
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
45.743.694
NUMERO
SERRANO LAGUNA
APELLIDOS
EMAIZA ESTHER
NOMBRES
FIRMA



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

A-1222500-37.117039-F-0045743694-20040102 0224103384H 02 109209483

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

DR. CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA
MD. UNIVERSIDAD NACIONAL
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.M.B.



DR. CARLOS A CANTOR H
NIT: 2993727
LSO - 2999/19

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 45743694-48359

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	17 ene. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	EMAIZA ESTHER SERRANO LAGUNA	Identificación:	45743694
Género:	FEMENINO Edad: 54	Teléfono:	3214361925 Móvil: 3214361925
Fecha Nacimiento:	22/12/1969	Cargo:	MANIPULACION DE ALIMENTOS
Estado Civil:	VIUDO(A)	EPS:	SANITAS S.A.
Dirección:	CARRERA 5 ESTE 11 83 VEREDA SAMARITA	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	SECUNDARIA	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	PARTICULAR		

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

ACENA OCUPACIONAL	SATISFACTORIO., CONTINUAR TRATAMIENTOS Y CONTROL DE TENSION ARTERIAL POR PROGRAMA DE CRONICOS EN LA EPS.
COPROLOGICO	NEGATIVO
PROTIS DE GARGANTA	NORMAL
KOH DE UÑAS	NEGATIVO

CONCEPTO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA CARGO A DESEMPEÑAR
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

Observaciones: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO SATISFACTORIO

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

Información de Remisiones

CO GENERAL

NUTRICIONISTA

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

CONSENTIMIENTO

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

De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Si autorizo, para realizarme los exámenes clínicos y para clínicos solicitado por mi empleador o entidad pertinente y que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador, o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

LEY HABEAS DATA:

En cumplimiento de la ley estatutaria 1581 de octubre de 2012, autorizo para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos.

 Médico Especialista en Salud Laboral CARLOS ARTURO CANTOR HERRERA 2999		 Firma y cédula del Paciente EMAIZA ESTHER SERRANO LAGUNA 45743694
---	---	---

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

HACE CONSTAR QUE:

La señora **EMAIZA ESTHER SERRANO LAGUNA** identificada con cedula de ciudadanía No. 45.743.694 de Morales Bolívar, reside hace siete (07) años en la Vereda Samaria, en la dirección Cr 5 Este # 11 - 83, en calidad de vivienda en arriendo.

La presente se expide a solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de Noviembre de 2024.

Con motivo: Tramites laborales.

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

Cordialmente;



Yulie Yohana Sánchez Alarcón
Presidente J.A.C Samaria

RITA PATRICIA AGUILAR SANDOVAL

cc. 36668449 DE SANTA MARTA

VEREDA FAGUA

3212062599

PERFIL

soy una persona decente, responsable, trabajadora con ganas de aprender y cumplir con los objetivos laborales.

EXPERIENCIA

Colegio Jaquelin Kennedy. Oficios varios 2024

Casa Limpia. Oficios varios 2024

Seni limpieza Supervisora. 2020

REFERENCIA LABORAL

REFERENCIA PERSONAL

Rita Aguilar

RITA PATRICIA AGUILAR SANDOVAL C.C. 36668449 DE SANTA MARTA



MEDILAB SERVICE SAS

Servicios médicos laborales

NIT. 901.277.852-6

Carrera 11 # 15 - 38

Cel. 315 4754022 - Tel. 8156848 - E-mail. medilabservicesas@gmail.com



N° 8,739

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18	07	2024	CHÍA (CUNDINAMARCA, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
AGUILAR SANDOVAL RITA PATRICIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	51 AÑOS 9 MESES 8 DÍAS	CC	36668449
Carga						Tipo	Número
OFICIOS VARIOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO							
Observaciones: NO APLICA							
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR							
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
		SVE CARDIOVASCULAR			CONTROL DE PESO		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: RODRIGUEZ JAIME DIANA PATRICIA				Nombre: AGUILAR SANDOVAL RITA PATRICIA			
R. M.: RM 52707728		L.S.O.: RESO. 8791		Código de Seguridad		CC: 36668449	
				L916R1X8739			



RUT: 35.477.219

NOMBRE: RITA PATRICIA AGUILAR SANDOVAL	CONSECUTIVO: 098	MEDICO: EXTERNO
FECHA: JULIO 18 DE 2024.	EDAD: 49 AÑOS	SEXO: FEMENINO
DOCUMENTO: 36668449	TELEFONO:	DIRECCION: CHIA

LABORATORIO CLINICO

MICROBIOLOGIA

FROTIS DE GARGANTA
FROTIS DE UÑAS KOH

FLORA MIXTA NORMAL DE GARGANTA
NEGATIVO PARA ESTUCTURAS MICOTICAS

COPROLOGICO

COLOR: CAFÉ

ASPECTO PASTOSO

OLOR S.G.

FLORA BACTERIANA: NORMAL
NO SE OBSERVAN PARASITOS EN LA MUESTRA ANALIZADA

DRA. ANGELICA MONTAÑEZ
BACTERIOLOGA P.U.J.
RP. 495-97

CONCEPTO MEDICO

PACIENTE APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS, NO PRESENTA
ALTERACIONES DE TIPO RESPIRATORIO O DE PIEL

Dr. LUIS MIGUEL GUTIERREZ
R.P. 25674

CHIA- CUNDINAMARCA, CARRERA 10#13-46 PISO 2 TELEFONO 8638776CEL. 3104803430

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



CERTIFICA

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

NOMBRES:	APELLIDOS:	DOCUMENTO:
RITA PATRICIA	AGUILAR SAN DOVAL	C.C. 36668449

Dada en Chía (Cundinamarca), a los 25 días del mes de noviembre de 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