

Shirley Isabel Quiroz trillo

cc. 1102828438 de Sincelejo Sucre

[Dirección] vereda
fonqueta sector la paz

[Teléfono] 3196650719

PERFIL

FORMACIÓN ACADEMICA — bachiller

Sttafin de colombia

EXPERIENCIA

[Fecha de inicio] 06. 06. 2020— [Fecha de finalización] 02 .01
2021

[Cargo] • auxiliar de servicios generales [Puesto] banco•

[Nombre de la empresa] sttafin de colombia

[Fecha de inicio] 15 .06 .2021 – [Fecha de finalización]
01.01.2022

[Cargo] auxiliar de aseo• [Puesto] cine• [Nombre de la
empresa] summar productividad

[Fecha de inicio] –06.02.2023 [Fecha de finalización]
28.11.2023

[Cargo] auxiliar de cocina• [Puesto] colegio • [Nombre de la
empresa] unión temporal ideando soluciones

[Escriba un breve resumen de sus principales
responsabilidades y sus logros más destacados aquí.]

REFERENCIA LABORAL

[Hizo esa excelente presentación que obtuvo el aplauso de la
crítica.

No sea tímido al respecto. Aquí es donde tiene que demostrar
lo bien que trabaja y colabora con los demás.]

REFERENCIA PERSONAL

[¿Es el presidente de una fraternidad o comunidad, o el
responsable de su organización benéfica favorita?
Entonces es un líder nato, las cosas como son.]

Shirley Quiroz Trillos

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.102.828.438

QUIROTILLOS

APELLIDOS

SHIRLEY ISABEL

NOMBRES

~~Shirley Quirotillos~~

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1989

MAGANGUE
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

AB+

G.S. RH

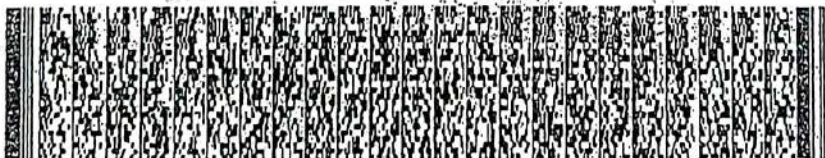
F

SEXO

09-ENE-2008 SINCELEJO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P 2600100-00149710-F-1102828438-20090207

0009898667A 1

26765198

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1102828438-123769

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 02 nov. 2024 - CHIA
Paciente: SHIRLEY ISABEL QUIROZ TRILLOS
Género: FEMENINO **Edad:** 35
Fecha Nacimiento: 7/06/1989
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección: VDA FONQUETA
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1102828438
Teléfono: NO TIENE **Móvil:** 3196650719
Cargo: ECONOMO (A)
EPS: SANITAS S.A.
ARL: NO REPORTA
AFP: PROTECCION 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
VISIOMETRIA	CONTROL ANUAL. PACIENTE NO TRAE SU RX CONSIGO. RX EN USO HACE 4 MESES
MEDICINA OCUPACIONAL	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS LABORALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO CON EL RIESGO. CONTINUAR CON TRATAMIENTO Y CONTROLES MEDICOS INSTAURADOS POR EPS POR ENFERMEDAD COMUN.
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

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

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.



Shirley Quiroz

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

Firma y cédula del Paciente
SHIRLEY ISABEL QUIROZ TRILLOS
1102828438



CERTIFICACIÓN No. #4422024

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

CERTIFICA QUE

SHIRLEY ISABEL QUIROZ TRILLOS , identificada con CC No. 1.102.828.438 expedida en SINCELEJO , 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 UNO (1) año.

Se expide en el Municipio de Chía, Cundinamarca a los CATORCE (14) días del mes de noviembre del año 2024, con destino para fines LABORAL.
DIRIGIDA LA EMPRESA UT ALIMENTAR CHIA .

LUZ STELLA CERON MONTAÑO
Presidente JAC Fonquetá II Sector

MARIA DEL PILAR ROA NIÑO

cc.35198849 de Chia

Vereda BOJACA
CLL 31#0-108

3165182693

mariadelpilarronino02@hotmail
com

PERFIL

Soy una persona honesta, responsable y cumplida con buenas relaciones interpersonales, con características personales necesarias para el desempeño eficiente y eficaz en labores que demanden responsabilidad

FORMACIÓN ACADEMICA —

EXPERIENCIA

15 julio 2023 – 28 Noviembre 2023

Economa • FUNDACION BIENESTAR COLECTIVO

04 febrero 2023 – 14 junio 2023

Economa • FUNDACION BIENESTAR COLECTIVO

Preparación de alimentos, ayúdate de cocina, entrega de RI, limpieza y desinfección, recibir producto, inventario, etc

Santiago Medina :321282035

26 feb 2024-04 octubre 2024

Economa • u.t ideando soluciones

REFERENCIA PERSONAL

YERSON FABIAN ROA NIÑO 310687795

FIRMA

Maria Del Pilar Roa Niño

— c.c. 35198849

de Chia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 35.198.849

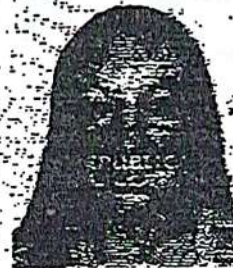
ROA NIÑO

APELLIDOS

MARIA DEL PILAR

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-1982

CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

20-NOV-2000 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALBERTO RODRIGUEZ

INDICE DERECHO



A-15055900-01270205-F-003518849-20211130

0077020076A 1

650245208

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35198849-123839

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MARIA DEL PILAR ROA NIÑO	Identificación:	35198849
Género:	FEMENINO Edad: 42	Teléfono:	NO Móvil: 3184509145
Fecha Nacimiento:	6/10/1982	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	CALLE 31 N O 108	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
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 JANSSEN
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE DIETA BAKLACEADA REALIZAR 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 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

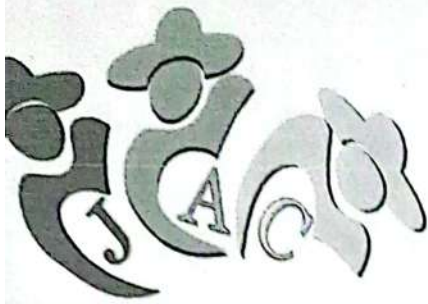


Lar Roa Niñ



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

Firma y cédula del Paciente
MARIA DEL PILAR ROA NIÑO
35198849



MERCEDES DE CALAHORRA



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

CERTIFICADO DE VECINDAD

Que el (la) señor (a) **MARIA DEL PILAR ROA NIÑO** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° **35.198.849**; reside en la **Calle 31 # 0-108**, 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

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° 1º-48 MERCEDES DE CALAHORRA
CHIA, CUNDINAMARCA**

MARIA NINA ROBAYO PEÑA

cc. 35479028

de CHIA

VEREDA BOJACA

3123155606

ninarobayo@gmail.com

PERFIL

Área administrativa:

Tecnóloga en gestión del talento humano con conocimientos y manejo de herramientas ofimáticas. Con experiencia en el área empresarial enfocada principalmente en procesos de reclutamientos pre selección y selección, contratación de personal; apoyo en actividades de bienestar y afiliaciones al sistema de seguridad social, recepción.

Área producción: Con experiencia de 18 años en el área de producción en planta. Con disposición para adquirir nuevos conocimientos; orientación al logro y al resultado, con facilidad para trabajar en equipo: habilidades de comunicativas y capacidad para adaptación a diferentes entornos laborales.

FORMACIÓN ACADEMICA

EXPERIENCIA

Agosto de 2015 / Febrero de 2016
Pasantía o Práctica Laboral • ALPLA COLOMBIA LTDA

Octubre de 1997 / Marzo de 2015
Encargada de ensamble • YAZAKI CIEMEL

01 mayo 2021 / 15 abril 2024
Auxiliar de cocina • FUNDACION GENESIS

REFERENCIA LABORAL

AGUSTIN IVAN DURAN HERRERA
DIRECTOR ADTIVO
CEL. 3002056096
FUNDAGENESIS S.A.S

REFERENCIA PERSONAL

Yenni Liliana Amaya
Celular 3123902472

Nina Robayo P
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.479.028

ROBAYO PENA

APELLIDOS MARIA NINA

SEXO F

FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1976

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION 08-OCT-1995 CHIA

REGISTRADOR NACIONAL CARLOS ANTONIO SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1505500-00429877-F-0035479028-20130409 0032637095A 1 1801983045

FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1976

CHIA (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

08-OCT-1995 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL CARLOS ANTONIO SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1505500-00429877-F-0035479028-20130409 0032637095A 1 1801983045

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35479028-123908

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	06 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	MARIA NINA ROBAYO PEÑA	Identificación:	35479028
Género:	FEMENINO	Teléfono:	NO TIENE
Edad:	48	Móvil:	3123155606
Fecha Nacimiento:	23/04/1976	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	VDA BOJACA SECTOR BOCHICA	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	AFP:	COLPENSIIONES
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO
VISIONOMETRÍA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FÍSICA 3 VECES POR SEMANA
FRÓLIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
ROH 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
Medico General y Especialista
R.S.O. 25-3021/14



Maria Nina Robayo Peña



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

Firma y cédula del Paciente
MARIA NINA ROBAYO PEÑA
35479028

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

Impreso: 6/11/2024- 2:28:32 p. m. - Página 1 de 1 - Certificado:35479028 - 123908

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



**JUNTA DE ACCION COMUNAL
VEREDA BOJACA
SECTOR BOCHICA
PERSONERIA JURIDICA 3074 SEPT. 14/68
NIT: 832004486-2**

**LA JUNTA DE ACCION COMUNAL
SECTOR BOCHICA**

CERTIFICA

Que la señora **MARIA NINA ROBAYO PEÑA** identificada con cédula de ciudadanía Número 35.479.028 de Chía Cundinamarca es residente de este sector desde hace 20 años quien viven en la carrera 11 Bajada el Darién en la Vereda Bojaca Sector Bochica.

Se expide a solicitud de la interesada a los 14 días del mes de noviembre del 2024.

Cordialmente,

ANITA PULIDO RODRÍGUEZ

Presidenta JAC Bochica

Celular: 3106898050

Mail: juntacomunalbochica@gmail.com

Facebook: **Junta Comunal Bochica - Chía**

El trabajo en comunidad genera progreso

Luz Helena Rocha Romero

c.c. 35198693

de Chia

3224371220

Helenarocha2107@gmail.com

PERFIL

Bachiller académico con experiencia de alistamiento de alimentos, lavado de utensilios, desinfección y oficios varios. Con habilidades de compromiso y actividades de servicio y orientación al cliente.

FORMACIÓN ACADEMICA

Ballicher -2000

EXPERIENCIA

22 Febrero-2022 – 31-Octubre-2022
Auxiliar de cocina • vitality Gourmet

01-Abril-2016- 15-Febrero-2017
Auxiliar de cocina • Sara Manchola

02- Mayo-2017 – 11-Marzo-2018
Auxiliar de cocina • Empaniditas mi Rey

Tener responsabilidad en mi trabajo y tener buen equipo de trabajo

REFERENCIA LABORAL

22 Febrero-2022 – 31-Octubre-2022
Auxiliar de cocina- vitality Gourme
Tel: 3242826176

REFERENCIA PERSONAL

Angela Lopez
30014823305

FIRMA



c.c. 35198693 de Chia

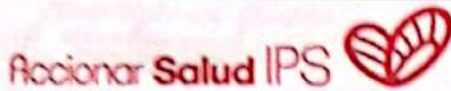
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
35198693
NUMERO
ROCHA ROMERO
APELLIDOS
LUZ HELENA
NOMBRES




FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-1982
CHIA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 0+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-SEP-2000 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
NATALIA RODRIGUEZ ESCOBAR

P-1505500-39092221-F-0035198693-20010527 0352101177C-03-076314854

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 35198693-123784

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	LUZ HELENA ROOMA ROMERO	Identificación:	35198693
Género:	MASCULINO Edad: 42	Teléfono:	NO Móvil: 3224371220
Fecha Nacimiento:	21/07/1982	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	SANTA LUCIA	ARL:	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	COLPENSIONES
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS -	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones: CONTROL Y SEGUIMIENTOPOR PROGRAMA DE NUTRICION DE EPS .HABITOS DE VIDA SALUDABLE ACTIVIDAD FISICA 150 MNITO SEMANALES USO DE SOPRT ELASTICO

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.O. 25-3021/14



Luiz Helena Rocha Romero



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

Firma y cédula del Paciente
LUZ HELENA ROCHA ROMERO
35198693



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

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente, certifico que las señoras **LUZ HELENA ROCHA ROMERO**, identificada con la cédula de ciudadanía número **35.198.693** y **GINA TATIANA TENJO ROCHA**, identificada con la cédula de ciudadanía número **1.193.592.306**, residen hace 1 año en la vivienda de propiedad del señor Ricardo Pirachican, ubicada en la calle 4 No. 7 A - 04, Barrio Santa Lucia.

Esta certificación se expide a solicitud de los interesados, en Chía a los 30 días del mes de octubre del año 2024.

Atentamente,


ALVARO MORENO B.
TEL. 3106493062
Presidente

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

Amilvia Rodríguez Florian

C.c: 57407818 de Bogotá

[Dirección]

Vereda fonqueta Sector la
Capilla

[Teléfono]

3144324700

[Correo electrónico]

Amilvia.200q@gmail.com

PERFIL

Soy una persona Puntual, responsable, dispuesta, trabajo en equipo y me adapto a cualquier situación.

FORMACIÓN ACADEMICA

Primaria 5to
Guamal, Magdalena.

EXPERIENCIA

Fecha de Inicio: 17/06/2024- fecha de finalización:
27/10/2024

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

Responsabilidad: Auxiliar de Cocina

REFERENCIA A LABORAL

Angélica Segura: 320 4231958

REFERENCIA A PERSONAL

Diovannis Rojas: 3203906251

FIRMA

Arnulfo Rodriguez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 57-407-818
RODRIGUEZ FLORIAN

APELLIDOS
ANILVIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO: 01-NOV-1968
GUAMAL
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

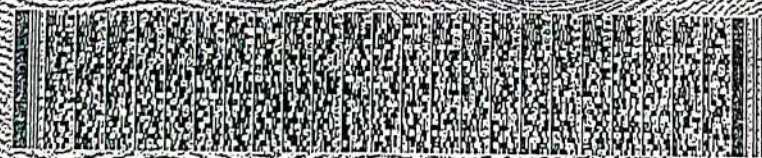
O+
G.S. RH.

F
SEXO

03-AGO-1988 GUAMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

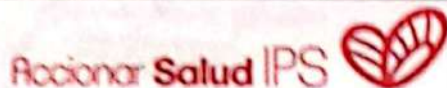
INDICE DE RIESGO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-2104000-00129532-F-0057407818-20061119-0006333185A-1-24339309
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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



MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 57407818-123706

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	01 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	AMELVIA RODRIGUEZ FLORIAN	Identificación:	57407818
Género:	FEMENINO Edad: 56	Teléfono:	NO TIENE Móvil: 3144324700
Fecha Nacimiento:	1/11/1968	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	FAMISANAR
Dirección:	VDA TIQUIZA	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 Y USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, USO DE MEDIAS ANTIVARICE DE MEDIANA COMPRESIÓN.
EDH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPIROLOGICO	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
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 pueden 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. General
R.O. 25.321/14



Amilvia Rodríguez Florian



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

Firma y cédula del Paciente
AMILVIA RODRIGUEZ FLORIAN
57407818

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

CERTIFICA

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

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
AMILVIA	RODRÍGUEZ FLORIAN	CC 57407818

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

Cordialmente:



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



LUCINDA ROJAS BELEÑO

CC. 32768620 de Barranquilla

[Dirección] capilla de agua
[Correo electrónico. lucindarojasbeleño@gmail.com]

[Teléfono] 3102876954

PERFIL

Soy muy autónoma y respetuosa en el ámbito laboral, siempre muestro posibilidad y muchas ganas de trabajar con la mejor actitud siempre

FORMACIÓN

ACADEMICA

Auxiliar de cocina

EXPERIENCIA

Jardín infantil del BIENESTAR FAMILIAR

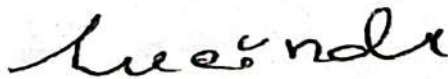
Soy una persona muy proactiva ,y con agilidad para cualquiera labor

REFERENCIA LABORAL

RUTH MARY RAMIRES
3143964847

REFERENCIA PERSONAL

CARLOS ALVERTO MONTALVO SÁNCHEZ
3143964847
TRABAJO INDEPENDIENTE



FIRMA

c.c. 32768620 de BARRANQUILLA

FECHA DE NACIMIENTO: 22-JUL-1970
EL BANCO
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-OCT-1992 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
A-1500111-42134822-F-0032768620-20050901 0291705244A 02 17932247

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 32.768.620
ROJAS BELENO
APELLIDOS
LUCINDA
NOMBRES
FIRMA

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 32768620-123776

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	LUCINDA ROJAS BELEÑO	Identificación:	32768620
Género:	FEMENINO Edad: 54	Teléfono:	Móvil: 3102876954
Fecha Nacimiento:	22/07/1970	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.
Dirección:	VEREDA LA CAPILLA FAGUA	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	NO REPORTA
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNOSTICO 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	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS LABORALES SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO CON EL RIESGO.
FROTIS FARINGEO	PROCESADO
COPROLOGICO	PROCESADO
KOH DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones:

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

NO

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

NO

Información de Remisiones

NO

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

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

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

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




Firma y cédula del Paciente
LUCINDA ROJAS BELEÑO
32768620



**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 **LUCINDA ROJAS BELEÑO**, identificada con **C.C.32768620 de barranquilla**, 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**

YEHIMY CAROLINA ROMERO PEREZ

cc.1.072.717.512 de Chia

Vereda Fagua

3224689049

yehimycarolinaromero@gmail.com

PERFIL

Soy una persona honesta, responsable y cumplida con buenas relaciones interpersonales, con características personales necesarias para el desempeño eficiente y eficaz en labores que demanden responsabilidad

FORMACIÓN ACADEMICA

EXPERIENCIA

15 julio 2023 – 28 Noviembre 2023

Economa • FUNDACION BIENESTAR COLECTIVO

04 febrero 2023 – 14 junio 2023

Economa • FUNDACION BIENESTAR COLECTIVO

Preparación de alimentos, ayúdate de cocina, entrega de RI, limpieza y desinfección, recibir producto, inventario, etc

REFERENCIA PERSONAL

DAVID DUQUE Contratista3219991159

JAZMIN CARRERO DORANTES Mesera3143280928

FIRMA

CAROLINA ROMERO

c.c. 1.072.717.512 de Chia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.072.717.512

ROMERO PEREZ

APELLIDOS

YEHIMY CAROLINA

DIYARES

[Signature]

[Fingerprint]

[Fingerprint]

FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1998

FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 A+ F

ESTATURA: G.S. RH SEXO

19-ABR-2016 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

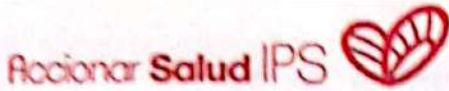
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACUA

INDICE DERECHO

[Barcode]

P-1505500-00831346-F-1072717512-20160521 0049872936A 1 46555312

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900629631-1

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 1072717512-123775



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	YEHIMY CAROLINA ROMERO PEREZ	Identificación:	1072717512
Género:	FEMENINO Edad: 26	Teléfono:	Móvil: 3224689049
Fecha Nacimiento:	15/04/1998	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	EPS:	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Dirección:	VRDA FAGUA SC GUANATA	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, 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

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



Yehimy Carolina Romero Perez



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

Firma y cédula del Paciente
YEHIMY CAROLINA ROMERO PEREZ
1072717512

**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 2 años en el sector VILLAS DEL MARAÑÓN.

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN
YEHIMY CAROLINA	ROMERO PEREZ	CC. 1.072.717.512

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



ALBA NELLY ROZO

cc. 40.031.141 de Tunja

Calle 12 # 2b - 06 Chía

310 290 9000

Albanellyrozo3@gmail.com

PERFIL

Persona responsable y atenta, presta siempre a colaborar, dedicada y orientada a cumplir las tareas que se le asignen. Tengo buenas relaciones interpersonales pues soy una persona que trabaja con mucha disposición y respeto.

Bachiller
Académica

EXPERIENCIA

Nuestra señora de Fátima -
Policía Nacional - Tunja)

Septiembre 2017 a Junio 2018
Aseo General • Oficinas varios • WJR2

23 Enero 2020 a Noviembre 2020
Ecónoma • Ecónoma Chía • Unión Temporal La Andrea

Febrero 2024 a Noviembre 2024
Ecónoma • Ecónoma Chía • Unión Temporal Ideas de Soluciones

Encargada de la manipulación y elaboración de alimentos,
encargada de la entrega del PAE.

REFERENCIA LABORAL

Resalto por la colaboración y energía que me caracterizan.

Andrea del Real: 3204667703
Nubia Helena Roza 3202346622

REFERENCIA PERSONAL

A donde quiera que llegue, siempre estoy presta a colaborar.

Zaida Yurany Ruiz 3144413114

Alba Nelly Roza Rojas

FIRMA

Alba Nelly Roza Rojas

c.c. 40.031.141

de Tunja

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.031.141

ROZO ROJAS

APELLIDOS

ALBA NELLY

NOMBRES

Alba Nelly Rozo Rojas
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1971

SABOYA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 A- F
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-MAY-1989-TUNJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0700100-00171593-F-0040031141-20090821 0015229231A 3 27745661

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ACCIONAR SALUD IPS



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 905428631-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 40031141-123829

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 02 nov. 2024 - CHIA
Paciente: ALBA NELLY ROZO ROJAS
Género: FEMENINO Edad: 53
Fecha Nacimiento: 27/01/1971
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CL. 12N°28 06
Escolaridad: BACHILLERATO
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS
Misión/Contrato/
Centro de Costo: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Identificación: 40031141
Teléfono: Móvil: 3102909000
Cargo: ECONOMA
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
ARL: SURA
AFP: PORVENIR S.A.

AREA: No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRÍA	1. CONTROL ANUAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO DESCENSO LEVE QUE NO INTERFIERE
VISIOMETRÍA	CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FÍSICA 3 VECES POR SEMANA 2 DOSIS DE ASTRAZENECA
PROTES PARENGEO	PROCESADO
ODONTOLÓGICO	PROCESADO
CUID DE UÑAS MANOS	PROCESADO
HEMOCLASIFICACION (ABO)	PROCESADO

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

CARDIOVASCULAR

PPyP

Información de Remisiones

NO

En la feble, 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
Medico Cirujano y Laboral
R.S.O. 25-3021/14



Alba Nelly Rojo Rojas

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

Firma y cédula del Paciente
ALBA NELLY ROZO ROJAS
40031141

**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 ALBA NELLY ROZO ROJAS identificada con documento de identidad C.C.No. 40.031.141 actualmente y hace varios AÑOS ha tenido residencia ubicada en nuestro barrio Veinte de Julio del Municipio de Chía, Departamento de Cundinamarca, en la Calle 12 No. 2B - 06.

Se expide la presente a los CINCO (5) 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

MARIA NELLY RUIZ PINEDA

cc.23437809

de COMBITA BOYACA

CRA 4ª este #9-53

3103022123

[Correo electrónico]

PERFIL

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

FORMACIÓN ACADEMICA

PRIMARIA

Título: primaria

Año finalizado: 1982

Instituto: Carmen combita

EXPERIENCIA

Febrero 2024-octubre 2024

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

Enero 2023º 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 .

David Suarez operario 3150003729

FIRMA

Maria Nelly Ruiz

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.437.809

RUIZ PINEDA

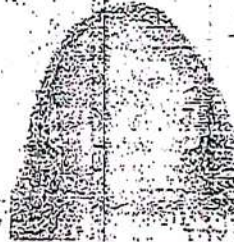
APELLIDOS

MARIA NELLY

NOMBRES

Maria Nelly Ruiz Pineda

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1969

COMBITA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

O-

F

ESTATURA G.S. RH

SEXO

18-AGO-1987 COMBITA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ADEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500100-00090161-F-0023437809-20081007

0004079807A 1

1800002710

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



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

MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 23437809-123835



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 02 nov. 2024 - CHIA
Paciente: MARIA NELLY RUIZ PINEDA
Género: FEMENINO **Edad:** 55
Fecha Nacimiento: 6/07/1969
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección: VDA SAMARIA
Escolaridad: PRIMARIA
Empresa: IDEANDO SOLUCIONES SAS
Misión/Contrato/ Centro de Costo: IDEANDO SOLUCIONES SAS

Tipo de Examen: INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Identificación: 23437809
Teléfono: Móvil: 3103022123
Cargo: ECONOMA
EPS: FAMISANAR
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 DESCENSO LEVE QUE ENDOA FECTA EL CARGO A DESEMPEÑAR
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 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.

agb

ADRIANA BUTRABI RIVEROS
Médico de Salud Ocupacional
Unidad del Riesgo
Uc/Ris.1640-13-05-2022

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



Maria Nelly Ruiz



Firma y cédula del Paciente
MARIA NELLY RUIZ PINEDA
23437809

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

HACE CONSTAR QUE:

La señora **MARIA NELLY RUIZ PINEDA** identificada con cedula de ciudadanía No. 23.437.809 de Combita, reside hace treinta y dos (32) años en la Vereda Samaria, en la dirección Cr 4 A Este # 9 - 53, en calidad de vivienda propia.

La presente se expide a solicitud del interesado a los cinco (05) días del mes de Noviembre de 2024.

Con motivo: Personal

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

Cordialmente;



Yulie Yohana Sánchez Alarcón
Presidente J.A.C Samaria

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

ROSA ELENA RUIZ PINEDA

c.c. 23438245

de Combita

CL 5 N 2B – 79 SAN
VALENTIN

324 6838337

r-e-r-p@hotmail.com

PERFIL

Soy una persona emprendedora, dispuesta a cumplir con gran entusiasmo y alegría las distintas funciones, obligaciones y normas laborales que tengan establecidas, y así formar parte del equipo para cumplir las metas planteadas en vuestra misión.

FORMACIÓN ACADEMICA

Estudios primarios:
Institución Educativa
El Carmen
Combita – Boyacá

Estudios bachilleres :
Institución Educativa
José Joaquín Casas
Chía -Cundinamarca

Talleres y cursos
Gimnasio interactivo kaisen
Tecnico Asistencia primera
infancia

EXPERIENCIA

Febrero 2024 - Octubre 2024
**AUXILIAR DE COCINA • AUXILIAR DE COCINA • UNION
TEMPORAL IDEANDO SOLUCIONES**

Enero 2023 a Noviembre 2023
**AUXILIAR DE COCINA • AUXILIAR DE COCINA •
FUNDACION BIENESTAR COLECTIVO**

Junio 2022 a Noviembre 2022
**AUXILIAR DE COCINA • AUXILIAR DE COCINA • UNION
TEMPORAL BIENESTAR COLECTIVO**

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

REFERENCIA LABORAL

Buena trabajadora , responsable y respetuosa, desempeñando
a cabalidad sus funciones laborales desde Enero a Noviembre
2023.
Santiago Medina

REFERENCIA PERSONAL

Persona integra, honesta y comprometida con su trabajo y
hogar , conocidas por mas de 10 años.

Gladys Garcia Garcia

Rosa Elena Ruiz Pineda

FIRMA

Rosa Elena Ruiz Pineda

c.c.

23438245

de Combita

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23-438-245

SUIZ PINEDA

APELLIDOS
ROSA ELENA

NOMBRES

Rosadara Ruiz Pineda

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1974

COMBITA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F

ESTATURA G.S. RH. SEXO

19-MAY-1995 COMBITA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

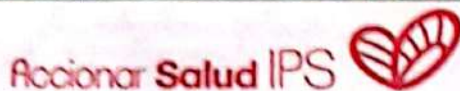
INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMELIAR TORRES




A-1500100-00027962-F-0023438245-20080721 00013360584 1 1800003310

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900402631-1MANIPULADOR DE ALIMENTOS
Certificado de aptitud: 23438245-123828

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 nov. 2024 - CHIA	Tipo de Examen:	INGRESO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Paciente:	ROSA ELENA RUIZ PINEDA	Identificación:	23438245
Género:	FEMENINO Edad: 50	Teléfono:	NO Móvil: 3246838337
Fecha Nacimiento:	27/08/1974	Cargo:	ECONOMA
Estado Civil:	CASADO(A)	EPS:	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección:	CALLE 5 N 2 B 79	ARL:	NO REPORTA
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	PROTECCION S.A.
Empresa:	IDEANDO SOLUCIONES SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	IDEANDO SOLUCIONES SAS -	AREA:	No Reporta

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

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

CONCEPTO LABORAL

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

Observaciones:

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

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

CARDIOVASCULAR	-	PPyP
VISUAL	-	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION
MEDICINA GENERAL EPS

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



rosa elena Ruiz



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

Firma y cédula del Paciente
ROSA ELENA RUIZ PINEDA
23438245



JUNTA DE ACCION COMUNAL SAN VALENTIN
2022-2026

"PONTE LA CAMISETA POR LA BUENA CONVIVENCIA DE SAN VALENTIN"

CERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA

LA JUNTA DE ACCION COMUNAL SAN VALENTIN, CERTIFICA Que el (la) señor:
ROSA ELENA RUIZ PINEDA, identificada con Cédula de Ciudadanía No.
23.438.245 con domicilio en la Urbanización San Valentín (calle 5 No. 2b-79)
casa 51 , barrio el Cairo del área rural del municipio de Chía; vive y reside
pacífica e ininterrumpida desde hace aproximadamente diez y seis (16) años.

Se expide a solicitud del interesado en Chía, a los un (01) días del mes de
Noviembre del año 2024.

Junta de Acción Comunal

San Valentín
FIRMA 1.056.958-1
2022-2026

NIDIA JOANNA GÓMEZ LOZANO

PRESIDENTE