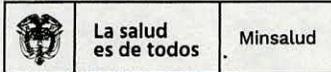


www.minsalud.gov.co



Certificado de vacunación

Nombres: **Marinela**  
 Apellidos: **Mora Zambrano**  
 Documento de identidad: C.C.  T.I.  Pasaporte  PEP  otro  cuál:   
 No. **26.575.116**  
 Fecha de nacimiento: Día **21** Mes **01** Año **1969**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	15/05/21	SINOVAC	202103016	ESE Hospital Nuestra Sra de Fatima	Consuelo Vaca	36168176
	2	18/06/2021	SINOVAC	202104002N	ESE H.N.S.F	Karol Daniela Rios	1004159297

Soaza 4 Hrs



# HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D   M   A	

## I. INFORMACIÓN GENERAL (\*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante <b>Mora Zambrano</b>		Nombre(s) del aspirante <b>Mariela</b>	
Fecha de nacimiento D <b>21</b> M <b>01</b> A <b>1969</b>	Lugar de nacimiento <b>Soaza - Huila</b>		
Dirección domicilio / Barrio <b>Carrera 5 #7-66 B/Altico</b>		Ciudad <b>Soaza - Huila</b>	
Teléfono		N°. Celular <b>3124376912</b>	
Correo electrónico <b>marielamoraz69@gmail.com</b>		Nacionalidad <b>Colombiana</b>	
Profesión, ocupación u oficio		(*) Estado civil <b>Soltera</b>	Años de experiencia laboral <b>35 años</b>



<b>DOCUMENTACIÓN</b>		(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995	
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. <b>26.575.116</b>	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <b>Soaza</b>	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. _____	Categoría _____

## II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

**Soy una mujer responsable, honesta y comprometida con el trabajo, aproximadamente desde el año 2000 vengo desempeñandome en labores de servicios generales en diferentes lugares lo cual me ha permitido contar con la experiencia necesaria para realizar mi trabajo de una manera eficiente y oportuna.**

## III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/>
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> Nombre del arrendador _____ ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ _____
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ _____
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____	

15059558



## IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		Parentesco		Edades	
No. de personas que dependen económicamente de usted <input type="text" value="1"/>		Madre		86	
Nombre(s) padre(s) Lilia Maria Zambrano		Profesión, ocupación u oficio Ama de casa		Teléfono(s)	
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	

## V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	
Primaria						
Bachillerato Académico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>						
Posgrados						
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución		
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución		
¿Cursa estudios actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución				Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>	
<b>OTROS CONOCIMIENTOS:</b> Indique el grado de dominio <b>R-Regular</b> (50 a 60%) <b>B-Buena</b> (61 a 80%) <b>MB-Muy Buena</b> (81 a 100%)						
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.	
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	
Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Escucha		Lectura		Escritura	
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R	B	MB	R	B
	2.	R	B	MB	R	B

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

## VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa Incinerados del Huila S.A Esp		Actividad Económica		Dirección Calle 11 N° 25-42		Teléfono(s) 3114815902	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aux. servicios generales		Área del cargo		Fecha Ingreso D 15 M 09 A 2023		Fecha Retiro \$ 407.000	
Sueldo Inicial		Sueldo Final		Funciones realizadas Servicios generales en la oficina del Juzgado Promiscuo del municipio de Soaza.			
Nombre de su jefe inmediato Fernelly Polania				Cargo Juez Municipal			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input checked="" type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>			
Motivo del retiro Terminación contrato							

Nombre de la empresa <b>Asproquin LTDA</b>	Actividad Económica	Dirección <b>Calle 2 N° 15-01</b>	Teléfono(s) <b>8704885</b>		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <b>Aux. Servicios generales</b>	Área del cargo	Fecha Ingreso <b>D 22 M 11 A 2017</b>	Fecha Retiro <b>D 30 M 12 A 2018</b>	Sueldo Inicial <b>\$</b>	Sueldo Final <b>\$ 195.311</b>
Funciones realizadas <b>Servicios generales en la oficina del Juzgado Promiscuo Municipal del Municipio de Suaza.</b>					
Nombre de su jefe inmediato <b>Fernelly Polania</b>			Cargo <b>Juez Municipal</b>		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input checked="" type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro <b>Terminación del contrato.</b>					

Nombre de la empresa <b>La casa del Sombrero Suaza</b>	Actividad Económica	Dirección <b>Carrera 8 N° 6-45</b>	Teléfono(s) <b>3114913794</b>		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted <b>Servicios generales</b>	Área del cargo	Fecha Ingreso <b>D 8 M 02 A 2000</b>	Fecha Retiro <b>D 10 M 09 A 2014</b>	Sueldo Inicial <b>\$</b>	Sueldo Final <b>\$ 150.000</b>
Funciones realizadas <b>Aseo general en el establecimiento, funciones de limpieza y desinfección.</b>					
Nombre de su jefe inmediato <b>Gerardo Hurtado</b>			Cargo <b>Proprietario Empresa.</b>		
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input checked="" type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro <b>Terminación contrato.</b>					

## VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre <b>Sebastian Silva Peña</b>	Ocupación <b>Comerciante</b>	Dirección <b>Suaza</b>	Teléfono <b>3214162009</b>
2.	Nombre <b>Alvaro Hurtado Scarpeta</b>	Ocupación <b>Artesano</b>	Dirección <b>Suaza</b>	Teléfono <b>3112223016</b>
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre <b>Leidy Tatiana Avilez</b>	Ocupación <b>Ing. Ambiental</b>	Dirección <b>Suaza</b>	Teléfono <b>3007365652</b>
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.

  
 Marque con una X

<b>Nota importante</b> Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	<b>Certificación</b> Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	<b>Firma del solicitante</b>  <b>Maricela Mora E</b> C.C. 26575776
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## INGRESO EMPLEADO

### DATOS DE LA EMPRESA

**Tipo de Identificación:** NIT  
**Número de documento:** 900322373  
**Número Afiliación:** 239510  
**Razón social:** SOCIETY SERVICES GENERAL SAS

### DATOS DEL EMPLEADO:

**Tipo de documento:** CÉDULA  
**Número de Documento** 26575116  
**Nombre:** MARIELA MORA ZAMBRANO  
**Fecha Ingreso:** 18/09/2023  
**Salario básico:** 1,160,000  
**Nit empresa en misión:** 800165866  
**Código Sucursal:** 05  
**Centro de trabajo:** 5  
**Tasa:** 1.044  
**Fecha hora transacción:** 16/9/2023 5:15:04 PM

OK



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**MARIELA MORA ZAMBRANO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **26.575.116**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.*



**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

35. Nombre o razón social <b>Sosage Sas</b>		36. Tipo documento de identificación NIT CC / TI PA / CE CD		37. Número del documento de identificación <b>9003</b>		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección						Teléfono Fijo	
Correo Electrónico				Municipio / Distrito		Departamento	

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.	<input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD / RC CC PA SC		Número del documento de identidad		Sexo Femenino Masculino		Fecha de nacimiento	
						42. Fecha <b>78/09/2023</b>	
43. EPS anterior <b>Santitas</b>				44. Motivo de traslado Código		45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

**VIII. FIRMAS**

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario  
**Mariela Mora**

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institución o de oficio  
*[Firma]*

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

**EPS SANTITAS**  
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS  
Recibido por *[Firma]*  
Fecha **06-10-2023**

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

66. Identificación de la Entidad Territorial  
Código del Municipio Código del Departamento

67. Datos del SISBEN  
Número de ficha Puntaje Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación  
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Tipo de documento Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

**EPS SANTITAS**  
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS  
Recibido por *[Firma]*  
Fecha **06-10-2023**

**Observaciones:**

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
------------------------------------------------------	---------------------	-----------------------



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	26575116
NOMBRES	MARIELA
APELLIDOS	MORA ZAMBRANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	SUAZA

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 09/14/2023 20:48:08 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 14 de septiembre de 2023, a las 20:19:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	26575116
Código de Verificación	26575116230914201959

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



YEZID LOZANO PUENTES  
Contralor Delegado





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/09/2023 08:33:44 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **26575116** .

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **73026944** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

Policía Nacional de Colombia		515 9000
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21 Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C. Línea de atención: 018000-910112		El futuro es de todos Gobierno de Colombia
		<b>ES UN HONOR SER POLICÍA</b>



**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 231339272**



PIB  
20:13:38  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 de septiembre del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIELA MORA ZAMBRANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 26575116:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**  
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:14:38 PM horas del 15/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **26575116**

Apellidos y Nombres: **MORA ZAMBRANO MARIELA**

### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75  
- 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00  
pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.arai-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.arai-<br/>atc@policia.gov.co)



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

**JUZGADO UNICO PROMISCOU MUNICIPAL SUAZA HUILA**

**EL SUSCRITO JUEZ PROMISCOU MUNICIPAL  
DE SUAZA (H)**

**CERTIFICO:**

Que conozco de vista, trato y comunicación, a la señora **MARIELA MORA ZAMBRANO**, identificada con la cédula de ciudadanía N°26.575.116 de Suaza Huila, desde hace unos dieciocho (18) años, tiempo durante el cual se ha caracterizado como una persona honesta, trabajadora, leal, de excelentes valores éticos y morales, que la hacen merecedora de la confianza plena para el desempeño de cualquier actividad laboral que se le encomiende y por ende puede articularse a cualquier situación que se le presente.

La presente certificación se expide por solicitud verbal de la interesada, hoy viernes seis (6) días del mes de octubre de dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

**FERNELLY POLANIA PERDOMO**  
Juez.

CERTIFICADO-102023-26575116



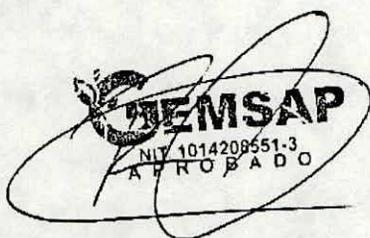
## Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales GEMSAP

### CERTIFICA QUE:

De acuerdo a lo establecido en la resolución 2674 de 2013 en su capítulo III artículo 12, 13 y 36 **MARIELA MORA ZAMBRANO** con documento de identificación N° **26575116** Asistió al curso en manipulación higiénica de los alimentos, buenas prácticas de manufactura y prácticas higiénicas, Cuyo plan de capacitación cuenta con una intensidad horaria de Diez (10) horas de formación las cuales se desarrollaran mediante nuestra plataforma virtual, por lo cual con base en la normatividad legal vigente en el territorio nacional se certifica a la persona nombrada en cuestión como asistente al curso de manipulación de alimentos y por ende como manipulador de alimentos en todo el territorio nacional por un año a partir de la emisión de su carné de manipulación de alimentos y el presente certificado.

El presente certificado se expide a los 7 días del mes de Octubre del año 2023.

Atentamente,



Rafael Alberto Orjuela  
**Profesional Capacitador**  
**Esp. Sistemas de Calidad e Inocuidad en Alimentos**



Escanea el Código QR

**Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales**  
[www.cursodemaniculacionalimentos.com](http://www.cursodemaniculacionalimentos.com)

Correo Electrónico: [equipo@gemsap.com](mailto:equipo@gemsap.com)

Numero Único de Contacto: 3107089494

## **PLAN DE CAPACITACIÓN CONTENIDO DE LA JORNADA CONTINUA Y PERMANENTE DE CAPACITACIÓN EN MANEJO HIGIÉNICO Y SEGURO DE ALIMENTOS**

Con base en lo establecido en la RESOLUCIÓN 2674 DE 2013 Art. 12,13 y 36 se define el contenido de la jornada continua y permanente de capacitación en manejo higiénico y seguro de los alimentos para personas naturales, empleados y empresas del sector alimentos.

### **OBJETIVO**

Formar en Buenas Prácticas de Manufactura y prácticas higiénicas en manipulación de alimentos, a Todas las personas que realizan actividades de manipulación de alimentos; fortaleciendo los procesos de calidad, inocuidad, higiene y salubridad, aportando de manera positiva a la salud pública de la población.

### **ALCANCE**

Este proceso de formación va dirigido a todo el personal operativo y administrativo que manipule, transporte, comercialice y tenga contacto directo e indirecto con los alimentos, el cual pretende darle los conocimientos, aptitudes y habilidades que requiere el personal manipulador de alimentos para lograr un desempeño satisfactorio en Buenas Prácticas de Manufactura y prácticas higiénicas.

### **METODOLOGIA**

La metodología a emplear para el proceso de formación es del tipo teórico práctica y virtual, permitiendo a los asistentes recibir el conocimiento necesario mediante la catedra impartida por el capacitador, el material audiovisual, y el material autodidáctico disponible en nuestra plataforma virtual, finalmente la validación de los conocimientos recibidos se realizara mediante un sistema de evaluación en línea para cada uno de los módulos; Con el objetivo de dar cumplimiento a la jornada continua y permanente de formación en manejo higiénico de los alimentos y BPM, para ello se han destinado 3 módulos de capacitación los cuales deben de ser desarrollados por los manipuladores de alimentos en formación, estos módulos estarán disponibles en: <https://cursodemanipulacionalimentos.com/curso-manipulacion-alimentos/>.

EL CONTENIDO DE ESTA JORNADA CONTINUA Y PERMANENTE DE FORMACION TAMBIEN INCLUYE COMO DOCUMENTOS ANEXOS:

- Carné de manipulación de alimentos (vigencia 1 año a partir de la fecha de formación).
- Certificado de asistencia.
- Plan de capacitación.
- Perfil Capacitador Avalando Formación

### **PLAN DE CAPACITACIÓN**

**Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales**

[www.cursodemanipulacionalimentos.com](http://www.cursodemanipulacionalimentos.com)

Correo Electrónico: [equipo@gemsap.com](mailto:equipo@gemsap.com)

Numero Único de Contacto: 3107089494

CERTIFICADO-102023-26575116

METODOLOGÍA: TEORICO-PRÁCTICA-VIRTUAL

OBJETIVO DE CAPACITACIÓN	INTENSIDAD HORARIA
<b>MODULO I – OCTUBRE 2023</b>	
<b>Los Alimentos y los microorganismos:</b> Identificar el concepto de alimento, así como sus características y su clasificación, identificar los tipos de contaminación que pueden sufrir los alimentos y los factores de crecimiento de las bacterias así como la prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos.	1 hora
<b>Seguridad de los alimentos:</b> Conocer los riesgos a los que se encuentran expuestos los alimentos, las vías de contaminación de los alimentos de acuerdo al nivel de riesgo, entender el concepto de contaminación de los alimentos así como los diferentes vías y tipos de contaminación de los alimentos.	2 horas
<b>Buenas prácticas de manufactura:</b> Conocer las buenas prácticas de manufactura y su implementación en la industria de los alimentos, aprender conductas que garanticen la entrega de un producto inocuo y apto para el consumo humano, y que beneficien la manipulación de los alimentos.	1 hora
<b>MODULO II – ABRIL 2024</b>	
<b>Marco legal de los alimentos:</b> Dar a conocer las leyes, decretos y resoluciones que aplican para la industria de alimentos, los requisitos de infraestructura, higiene, personal y documentación que se deben de cumplir en Colombia.	1 hora
<b>Factores claves en la conservación de alimentos:</b> Identificar los factores claves que benefician la conservación de los alimentos temperaturas seguras, cadena de frio, almacenamiento y rotación de los alimentos, limpieza y desinfección de utensilios, áreas y superficies. Garantizando <b>alimentos seguros</b> .	1 hora
<b>Prevención de la contaminación directa y cruzada:</b> Conocer estrategias enfocadas a la prevención de la contaminación directa y cruzada de los alimentos, la importancia del lavado de manos, separar alimentos crudos de alimentos cocinados, la importancia de la higiene personal, respetar la cadena de frio y el correcto almacenamiento de los alimentos.	1 hora
<b>Prácticas higiénicas:</b> Crear conciencia y actitudes que se consideren necesarias al trabajar con alimentos, para conservar las características de inocuidad de los alimentos y su manejo higiénico, resaltar la importancia del manipulador de alimentos en relación a la higiene y salubridad.	1 hora
<b>MODULO III – JULIO 2024</b>	
<b>Condiciones óptimas para la manipulación de alimentos:</b> Conocer las condiciones óptimas de los lugares donde se fabrican, procesan, elaboran y manipulan alimentos, garantizar el ambiente adecuado que disminuya los riesgos de contaminación de los alimentos.	1 hora
<b>Plan de Saneamiento:</b> Conocer el documento plan de saneamiento, su contenido, características, cumplimiento de programas y la importancia de la adecuada implementación y desarrollo de los programas de limpieza y desinfección, gestión de residuos sólidos y líquidos, control de plagas y abastecimiento de agua potable.	1 hora
<b>TIEMPO TOTAL DE CAPACITACIÓN RESOLUCIÓN 2674 DE 2013</b>	<b>10 HORAS</b>

Grupo Empresarial de Servicios Ambientales & Profesionales

[www.cursodemanipulacionalimentos.com](http://www.cursodemanipulacionalimentos.com)

Correo Electrónico: [equipo@gemsap.com](mailto:equipo@gemsap.com)

Numero Único de Contacto: 3107089494



**INCINERADOS DEL HUILA S.A.S E.S.P**

Nit. 813005241-0

*Proteger la Salud y Preservar el Medio Ambiente*



VIGILADO  
Super Transporte

**INCINERADOS DEL HUILA – INCIHUILA S.A.S. E.S.P.**

**CERTIFICA QUE:**

La señora **MARIELA MORA ZAMBRANO**, identificada con cédula de ciudadanía N° **26.575.116** expedida en Garzón - Huila, laboró con la empresa **INCINERADOS DEL HUILA - INCIHUILA S.A.S. E.S.P.** en virtud de un **CONTRATO POR OBRA O LABOR CONTRATADA**, desempeñando el cargo de **OPERARIO(A) SERVICIOS GENERALES** teniendo como fecha de inicio el día siete (07) de diciembre de 2022 hasta el día quince (15) de septiembre de 2023.

En constancia de lo anterior, se firma la presente en la ciudad de Neiva – Huila, el día quince (15) de septiembre de 2023.

Atentamente,

INCIHUILA S.A.S. E.S.P.  
NIT. 813005241-0

**CHANEL IVON CARDOSO CARDOZO**  
Coordinadora de Talento Humano (E)

**Proyectó:** Karen Cano  
Talento Humano

Oficina Principal Neiva: Calle 11 No. 25-42 B/ 7 de Agosto PBX: (098) 8630403  
Móvil: 3187116663 – 313 245 31 78 E-mail: [pqr@incihuila.com.co](mailto:pqr@incihuila.com.co) - [incihuilasa@gmail.com](mailto:incihuilasa@gmail.com)  
Agencia Florencia: Calle 21 No. 11a-38 PBX: (098) 4346792 Móvil: 314 237 4788  
E-mail: [agenciaflorencia@incihuila.com.co](mailto:agenciaflorencia@incihuila.com.co); [comercial2@incihuila.com.co](mailto:comercial2@incihuila.com.co)  
Agencia Villavicencio: Carrera 44 B No. 16-67 Casa 13ª Conjunto Buque Alto PBX: (098) 6636396  
E-mail: [agenciavillavicencio@incihuila.com.co](mailto:agenciavillavicencio@incihuila.com.co) Móvil: 3502926772





INCINERADOS DEL HUILA S.A. E.S.P.  
Nit. 813.005.241-0

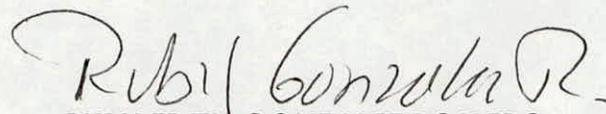


## INCINERADOS DEL HUILA – INCIHUILA S.A. E.S.P.

### CERTIFICA:

Que la señora **MARIELA MORA ZAMBRANO**, identificada con cedula de ciudadanía No. **26.575.116** de Suaza laboro con **INCIHUILA S.A. E.S.P.**, desde 05 de octubre de 2014 hasta el 12 de Noviembre de 2014 desempeñando el cargo de servicios generales.

Esta constancia se firma en la ciudad de Neiva, a los trece (13) días del mes de Noviembre del año dos mil catorce (2014).

  
**RUBY EDITH GONZALEZ ROMERO**  
Coordinadora de Talento Humano

#### Proyecto: Marta Z.

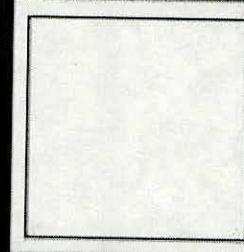
Oficina Principal Neiva: Calle 11 No. 25-42 Telefax (098) 8631244 - 8633382 - 8633371 - 8633372 - 8633374 - 8633375 Fax Extensión 140  
Móvil 3114815902 Mail: par@incihuilacom.co

Agencia Florencia: Carrera 9 No. 17-31 Teléfono (095) 4346792 Móvil 3142374788 Mail: incihuilaflorencia@gmail.com

Agencia Villaviciencia: Carrera 448 Manzana C. Casa 13 Conjunto Buque Alto Teléfono: (098) 6676510 Móvil: 3163832157

Avantel: 3505556142 Radio: 2823\*2 Mail: incihuilavillaviciencia@gmail.com www.incihuila.com

CERTIFICADO-102023-26575116

 <p><b>GEMSAP</b> GRUPO EMPRESARIAL DE SERVICIOS AMBIENTALES &amp; PROFESIONALES</p>	<p>Carnet de Manipulación de Alimentos y BPM</p>	<p>ESTE DOCUMENTO ACREDITA A SU PORTADOR COMO ASISTENTE A LA JORNADA CONTINUA Y PERMANENTE EN MANEJO SEGURO E HIGIENICO DE LOS ALIMENTOS Y BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (RESOLUCIÓN 2674 DE 2013, CAP. III ART. 12 Y 13)</p>	
	<p><b>MARIELA MORA</b> Nombre <b>26575116</b> Documento <b>7 De Octubre De 2024</b> Válido Hasta</p>	 <p><b>GEMSAP</b> MT 1013208551-3 APROBADO Rafael Alberto Orjuela Orjuela Profesional Capacitador</p>	 <p>Escanea el Código QR</p>
<p><a href="http://www.cursodemanipulacionalimentos.com">www.cursodemanipulacionalimentos.com</a></p>		<p>Numero Único de Contacto 310 708 9494</p>	



La República de Colombia  
y en su nombre la  
**Institución Educativa**  
**"San Lorenzo"**

Suaza - Huila  
Jornada Fin de Semana

Con Reconocimiento Oficial de la Secretaría de Educación del Departamento  
del Huila, según Resolución No. 1984 del 12 de abril de 2016

Confiere a:

**Mariela Mora Zambrano**

Certificado de Estudios de:

**Educación Básica Grado 5°**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel del Ciclo Lectivo  
Especial Integrado 11, de conformidad con la Ley 115 de 1994, en concordancia con  
el Decreto Reglamentario 1075 de 2015



Mg. William Lopez Avilés  
C.E. N° 12.136.894 de Neiva  
Rector

Juan Carlos Rojas Ibarra  
Director de Grado

Dado en Suaza Huila, a los 29 días del mes de noviembre de 2016

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994,  
y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-ENE-1969

SUAZA  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

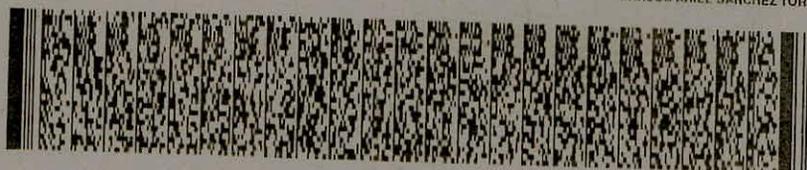
1.63  
ESTATURA

O+  
G.S. RH

F  
SEXO

14-DIC-1987 SUAZA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1907600-00182311-F 0026575116-20091001

0016725391A 1 24787042

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.575.116

MORA ZAMBRANO

APELLIDOS

MARIELA

NOMBRES

*Mariola Mora*

FIRMA

