



HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

www.formasminerva.com

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 Prada Velasquez		Nombre(s) del aspirante Yesica maria	
Fecha de nacimiento D M A 08 05 1993	Lugar de nacimiento Villavieja		
Dirección domicilio / Barrio Cra 7 # 5-73 Primero de mayo		Ciudad Villavieja	
Teléfono 3143418964	N°. Celular 3143418964		
Correo electrónico maonao04.1993@gmail.com		Nacionalidad colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Oficios Varos		(*) Estado civil casada	Años de experiencia laboral 8 Años

DOCUMENTACIÓN () Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995**

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 1081183181	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Villavieja	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. _____
		Categoría _____



II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿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"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de 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"/>	Nombre Dependencia	¿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 checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

17545418
7 702124 007813

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Edgar Mauricio Sanchez T.		Profesión, ocupación u oficio independiente		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección Cra 7#5-73		Teléfono 3115279795	
Ciudad Villavieja		No. de personas que dependen económicamente de usted 3		Parentesco esposo, hijo, hija.	
Edades 30-12-6 Años		Nombre(s) padre(s) Marleny Velásquez		Profesión, ocupación u oficio OFICIOS VARIOS	
Teléfono(s) 3227284091		Nombre(s) madre(s) Hernán Prada C.		Profesión, ocupación u oficio independiente	
Teléfono(s) 3224074360		Nombre(s) hermano(s) Diego Armando Prada V.		Profesión, ocupación u oficio Militar	
Teléfono(s) 3228495199					

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2009		bachiller	I.E. Gabriel Plazas	Villavieja
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 checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Qué tipo de estudios? estilismo		Duración (años, semestres, meses) 18- MESES	
				Año / semestre que cursa 1	
Nombre de la institución				Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)					
Sistemas	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB
¿Qué programas maneja?		2.	R B MB	4.	R B MB
Idiomas	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				
¿Qué idioma(s) conoce?		1.	Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB
		2.	R B MB	R B MB	Habla R B MB

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 InerHuila		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted servicios Generales		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Funciones realizadas				Sueldo Inicial \$ 307.000		Sueldo Final \$ 407.000.	
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	
				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 type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso			Fecha Retiro	
		D	M	A	D	M
		Sueldo Inicial		Sueldo Final		
		\$		\$		
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato				Cargo		
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input 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 type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro						

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso			Fecha Retiro	
		D	M	A	D	M
		Sueldo Inicial		Sueldo Final		
		\$		\$		
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato				Cargo		
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido <input 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 type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	William Gomez	independiente	la estación	3125335334
2.	Aida Vanegas	independiente	la portada	3127569986
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Marleny Velásquez	oficios varios	1ro de mayo	3227284091
2.	Hernán Prada	independiente	1ro de mayo	

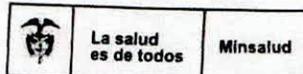
Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>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).</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p><i>Yesica Marra Prada V.</i> C.C. 1081183181</p>
--	--	---


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co




MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: *Jessica Maria*
Apellidos: *Prada Celozuez*
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte REP otro cuál
No. *1081183181*
Fecha de nacimiento: Día *08* Mes *05* Año *1993*

Biólogo	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre Vacunador	Cedula del Vacunador
COVID-19	1	23-09-2021	Astrazeneca	PW40023	ESSE HOSPITAL DEL PERPETU SOCULLO		1021123633
	2			22-diciembre			



**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:

YESICA MARIA PRADA VELASQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.183.181**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

No. de Radicación

Fecha de Radicación



176526940

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades /		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio			3. Régimen A. Contributivo / B. Subsidiado	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante / B. Cabeza de Familia C. Beneficiario			5. Tipo de Cotizante A. Dependiente / B. Independiente C. Pensionado			Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Prada Segundo Apellido: Velasquez		Primer Nombre: Yesica Segundo Nombre: Maria	
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		8. Número del documento de identidad: 7084783487	
9. Sexo: Femenino / Masculino		10. Fecha de nacimiento	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL			16. Administradora de Pensiones			17. Ingreso base de cotización - IBC: 1460.000	
18. Residencia Dirección: Carrera 7 # 05 73		Teléfono Celular: 3743478964		Correo Electrónico: yesicaPrada@gmail.com		Teléfono Fijo	
Municipio / Distrito: Villaveja		Zona: Urbana / Rural		Localidad / Comuna		Departamento: Huila	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre							
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad		22. Sexo: Femenino Masculino		23. Fecha de nacimiento	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino		
B2		Femenino Masculino		
B3		Femenino Masculino		
B4		Femenino Masculino		
B5		Femenino Masculino		

30. Etnia	31. Discapacidad		32. Datos de Residencia				33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo	Condición	Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	
B1	F N M	T P		Urbana Rural			
B2	F N M	T P		Urbana Rural			
B3	F N M	T P		Urbana Rural			
B4	F N M	T P		Urbana Rural			
B5	F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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 Sosege sas	36. Tipo documento de identificación NIT / TI CE CC PA CD	37. Número del documento de identificación 900322373	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección	Municipio / Distrito		Teléfono Fijo
Correo Electrónico	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"/> <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"/> <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 18/09/2023

43. EPS anterior
Sanitas

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
Yesica Prada

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Alexandra Buncon

IX. ANEXOS

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

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 Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACION
POR LA EPS
Recibido por
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 SISBÉN
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

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	1081183181
NOMBRES	YESICA MARIA
APELLIDOS	PRADA VELASQUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	VILLAVIEJA

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	06/09/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/15/2023 08:50:46	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**,



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 231350154



PIB
08:47:24
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 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) YESICA MARIA PRADA VELASQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1081183181:

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.

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 viernes 15 de septiembre de 2023, a las 08:46:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1081183181
Código de Verificación	1081183181230915084641

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 PUNTES
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:46:41 AM horas del 15/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1081183181

Apellidos y Nombres: **PRADA VELASQUEZ YESICA MARIA**

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:
51 59700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



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

Nit. 813005241-0

Proteger la Salud y Preservar el Medio Ambiente



VIGILADO
SuperTransporte

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

CERTIFICA QUE:

La señora **YESICA MARIA PRADA VELASQUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía N° **1.081.183.181** expedida en Villavieja - 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 - incihuilasa@gmail.com
Agencia Florencia: Calle 21 No. 11a-38 PBX: (098) 4346792 Móvil: 314 237 4788
E-mail: agenciaflorencia@incihuila.com.co; comercial2@incihuila.com.co
Agencia Villavieja: Carrera 44 B No. 16-67 Casa 13ª Conjunto Buque Alto PBX: (098) 6636396
E-mail: agenciavillavieja@incihuila.com.co Móvil: 3502926772





PLAN DE CAPACITACIÓN CONTINUA EN MANIPULACION DE ALIMENTOS

CIUDAD: VILLA VIEJA

FECHA DE INICIO: 13 DE DICIEMBRE DEL 2022

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MANIPULADOR: YESICA MARIA PRADA

CEDULA DE CIUDADANIA: 1.081.183.181

UNIDAD	INTENSIDAD HORARIA	OBJETIVO DE LA UNIDAD	CUMPLIMIENTO
MODULO 1 – PELIGRO DE LOS ALIMENTOS			
1.	1 Hora	Los Alimentos y los microorganismos: 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.	DIA/MES/AÑO 13-12-2022 CAPACITADOR: Yazmin Paola Franco
2.	1 Hora	Seguridad de los alimentos: 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	DIA/MES/AÑO 13-12-2022 CAPACITADOR: Yazmin Paola Franco
3.	2 Horas	1. Peligros de los alimentos 2. ¿Dónde se encuentran los microorganismos? 3. Factores que favorecen y desfavorecen la reproducción de microorganismos 4. Tipos de contaminación en los alimentos 5. Vías de contaminación 6. Programa de control de plagas	DIA/MES/AÑO 13-12-2022 CAPACITADOR: Yazmin Paola Franco
MODULO 2: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ALIMENTOS Y CONSERVACIÓN			
4.	2 Hora	7. ¿Qué son las Enfermedades transmitidas por los alimentos? (ETA) 8. Síntomas y causas más comunes de las enfermedades transmitidas por alimentos 9. Principales microorganismos que causan enfermedades transmitidas por alimentos 10. vía de transmisión ciclo epidemiológico fecal-oral	DIA/MES/AÑO 13-12-2022 CAPACITADOR: Yazmin Paola Franco



GOBERNACION DEL HUILA



PLAN DE CAPACITACIÓN CONTINUA EN MANIPULACION DE ALIMENTOS

CIUDAD: VILLA VIEJA

FECHA DE INICIO: 13 DE DICIEMBRE DEL 2022

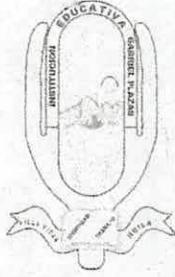
NOMBRES Y APELLIDOS DEL MANIPULADOR: YESICA MARIA PRADA

CEDULA DE CIUDADANIA: 1.081.183.181

UNIDAD	INTENSIDAD HORARIA	OBJETIVO DE LA UNIDAD	CUMPLIMIENTO
MODULO 1 – PELIGRO DE LOS ALIMENTOS			
1.	1 Hora	Los Alimentos y los microorganismos: 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.	DIA/MES/AÑO 13-12-2022 CAPACITADOR: <i>Yazmin Prada Frasco</i>
2.	1 Hora	Seguridad de los alimentos: 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	DIA/MES/AÑO 13-12-2022 CAPACITADOR: <i>Yazmin Prada Frasco</i>
3.	2 Horas	1. Peligros de los alimentos 2. ¿Dónde se encuentran los microorganismos? 3. Factores que favorecen y desfavorecen la reproducción de microorganismos 4. Tipos de contaminación en los alimentos 5. Vías de contaminación 6. Programa de control de plagas	DIA/MES/AÑO 13-12-2022 CAPACITADOR: <i>Yazmin Prada Frasco</i>
MODULO 2: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR LOS ALIMENTOS Y CONSERVACIÓN			
4.	2 Hora	7. ¿Qué son las Enfermedades transmitidas por los alimentos? (ETA) 8. Síntomas y causas más comunes de las enfermedades transmitidas por alimentos 9. Principales microorganismos que causan enfermedades transmitidas por alimentos 10. vía de transmisión ciclo epidemiológico fecal-oral	DIA/MES/AÑO 13-12-2022 CAPACITADOR: <i>Yazmin Prada Frasco</i>



SC4353-1
SGN-C054-F04



INSTITUCIÓN EDUCATIVA GABRIEL PLAZAS

Teléfono 8797599
VILLAVIEJA - HUILA

Autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento del Huila según Resolución No. 1530 del 19 de Septiembre de 2007.

Inscripción DANE: 141872000227

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En Villavieja, Huila a los 27 días del mes de Noviembre de 2009 se reunieron los suscritos Rector y Secretaria Académica en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA GABRIEL PLAZAS**, con el fin de formalizar la graduación de los Estudiantes de último grado en el Nivel de Educación Media Académica con base en los conceptos de la Comisión de Promoción.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los Estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento se relacionan a continuación:

YESICA MARIA PRADA VELASQUEZ

T.I.N°. 93050814058

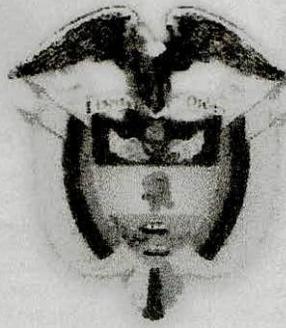
Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 035 del 27 de Noviembre de 2009. Consta de 25 Estudiantes, comienza con el nombre de ALMANZA CALLEJAS LUZ KERLY y cierra con el nombre de VARGAS CLEVES NATALIA. Firmada y sellada por **ALBERTO GARCIA** (Rector) y **MARTHA MÁRQUEZ GARCÍA** (Secretaria).

Dada en Villavieja - Huila a 27 días del mes de Noviembre de 2009.

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


ALBERTO GARCÍA
C.C. 12.540.945 de Santa Marta (M)
Rector


MARTHA MÁRQUEZ GARCÍA
C.C. 26.600.567 de Villavieja
Secretaria



La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa
Gabriel Plazas
Villavieja - Huila

Reconocimiento Oficial según resolución No. 1530 del 19 de septiembre de
2007 de la Secretaría de Educación del Huila

Confiere a :

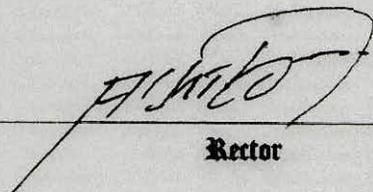
Vesica María Prada Belásquez

C.I. No. 930508-14058

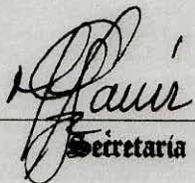
el título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Académica, según los planes
y programas vigentes.


Rector




Secretaria

Certificado Bancario

Miércoles, 27 de septiembre de 2023

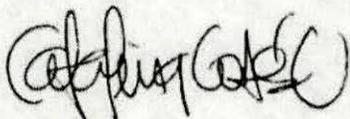
Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que YESICA MARIA PRADA VELASQUEZ identificado(a) con CC 1081183181, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
BANCOLOMBIA A LA MANO	03143418964	2019/05/17	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

 **Bancolombia**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.183.181

PRADA VELASQUEZ

APELLIDOS

YESICA MARIA

NOMBRES

Yesica Maria Prada V.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO
VILLAVIEJA
(MUL A)

08-MAY-1993

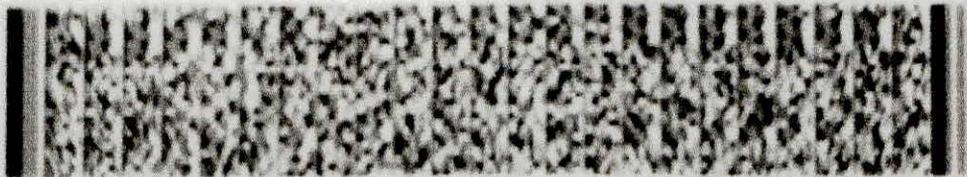
ESTATURA
1.61

O+

F

FECHA Y LUGAR DE EMISION
10 MAY 2011 VILLAVIEJA

REGISTRO NACIONAL
AV. DE ARAUCA 1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495



P 1903100-03416046 F 1081183181 20121210

00318 7667441 1

37156046