



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 <i>Castro</i> | | Nombre(s) del aspirante <i>Olga</i> | |
| Fecha de nacimiento D M A <i>05 02 1961</i> | Lugar de nacimiento <i>Suiza Huila</i> | | |
| Dirección domicilio / Barrio <i>C112F # 11A-25 B/ Transportadores</i> | | Ciudad <i>Florencia</i> | |
| Teléfono | | N°. Celular <i>3144712797</i> | |
| Correo electrónico <i>Casolagtro@gmail.com</i> | | Nacionalidad <i>Colombia</i> | |
| Profesión, ocupación u oficio <i>Operaria Servicios Generales</i> | | (*) Estado civil <i>Separada</i> | Años de experiencia laboral <i>23 años</i> |

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

| | | |
|---|--|---|
| Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. <i>40760420</i> | (**) Libreta militar No. | Primera clase: <input type="checkbox"/> |
| Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <i>Florencia</i> | 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 persona responsable en la labor encomendada, comprometida y honesta. Poseo habilidades y experiencias como Auxiliar de Servicios generales desde hace 23 años en su mayoría desempeñadas en las Oficinas del Palacio de Justicia de Florencia, donde pueden dar referencia de mi desempeño. Dentro de mis funciones se encuentran asear diario a diferentes áreas, oficinas, repartir tintos y bebidas en el sitio de trabajo.

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 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 | ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ <i>1'000.000</i> | |
| ¿Por qué conceptos? <i>Cuentas de mantenimiento, transporte, reabos.</i> | | ¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ <i>Mínimo</i> | |
| ¿Cuál es su principal afición? <i>Escuchar música.</i> | | ¿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)? | | | |

14302027

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"/> | | Profesión, ocupación u oficio | | Teléfono(s) | |
| Nombre(s) padre(s) | | Profesión, ocupación u oficio | | Teléfono(s) | |
| Nombre(s) hermano(s) | | Profesión, ocupación u oficio | | Teléfono(s) | |
| <i>Hector Castro</i> | | <i>Primo de Casa</i> | | <i>3202744319</i> | |

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| ESTUDIOS | AÑO DE FINALIZACIÓN | AÑOS CURSADOS | TÍTULO OBTENIDO | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | CIUDAD | |
|---|------------------------|---------------------|---|--|--------------------------|--|
| Primaria | <i>1988</i> | <i>5</i> | <i>Primaria</i> | <i>Escuela Mercedes Totten</i> | | |
| 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 <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/> | | |
| OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (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"/> | Escucha | | Lectura | | Escritura | |
| ¿Qué idioma(s) conoce? | 1. | R B MB | R B MB | R B MB | Habla | |
| | 2. | R B MB | R B MB | R B MB | 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 | | Actividad Económica | | Dirección | | Teléfono(s) | |
| <i>Incinerados del Huila Sas esp.</i> | | | | <i>Cll 11 #25-42 Neiva</i> | | <i>3142374788</i> | |
| Cargo(s) desempeñado(s) por usted | | Área del cargo | | Fecha Ingreso | | Fecha Retiro | |
| <i>Operaria Servicios Generales</i> | | | | <i>01 M 11 A 19</i> | | <i>15 M 09 A 23</i> | |
| Funciones realizadas | | Sueldo Inicial | | Sueldo Final | | | |
| <i>Peso diario de las diferentes áreas y oficinas asignadas</i> | | <i>\$ Mínimo</i> | | <i>\$ Mínimo</i> | | | |
| Nombre de su jefe inmediato | | | | Cargo | | | |
| <i>Derly Jarama Gomez</i> | | | | <i>Jefe Inmediato</i> | | | |
| Logros obtenidos | | | | | | | |
| <i>Experiencia y jefe satisfecho con las funciones que he desempeñado</i> | | | | | | | |
| Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> | | ¿Cuánto tiempo? | | Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> | | Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? | |
| Fijo <input checked="" type="checkbox"/> | | | | Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> | | | |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> | | 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> | | Por horas <input type="checkbox"/> | | Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | | | | | Nocturna <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | Otra jornada <input type="checkbox"/> | |
| Motivo del retiro <i>Cambio de empresa</i> | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Nombre de la empresa <i>Industrias Químicas Asproquin Ltda</i> | | Actividad Económica | Dirección | | Teléfono(s) | |
| Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Operaria Servicios generales</i> | | Área del cargo | Fecha Ingreso D 16 M 11 A 16 | Fecha Retiro D 31 M 10 A 19 | Sueldo Inicial \$ 711.000 | Sueldo Final \$ 711.000 |
| Funciones realizadas <i>Aseo diario a las diferentes áreas y oficinas asignadas</i> | | | | | | |
| Nombre de su jefe inmediato <i>Derly Jaramin Gomez</i> | | | | Cargo <i>jefe Inmediato</i> | | |
| Logros obtenidos <i>Experiencia y haber satisfechos con las funciones que he desempeñado</i> | | | | | | |
| Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Motivo del retiro <i>Cumbrío de Empresa.</i> | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---------------------|--|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Nombre de la empresa <i>Incienerados del Huila SCS ESP</i> | | Actividad Económica | Dirección <i>Cll 44 # 25-47 NOVI.</i> | | Teléfono(s) <i>3192574788</i> | |
| Cargo(s) desempeñado(s) por usted <i>Operaria Servicios generales</i> | | Área del cargo | Fecha Ingreso D 09 M 03 A 15 | Fecha Retiro D 04 M 11 A 16 | Sueldo Inicial \$ 711.000 | Sueldo Final \$ 711.000 |
| Funciones realizadas <i>Aseo diario a las diferentes áreas y oficinas asignadas</i> | | | | | | |
| Nombre de su jefe inmediato <i>Derly Jaramin Gomez</i> | | | | Cargo <i>jefe Inmediato</i> | | |
| Logros obtenidos <i>Experiencia</i> | | | | | | |
| Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Motivo del retiro <i>Cumbrío de Empresa.</i> | | | | | | |

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|----|------------------------------|-----------------|---------------------------------------|-------------------|
| 1. | <i>Claudia Garcia Leiva.</i> | <i>Abogada.</i> | <i>Cra 15 # 8-25 Juan XXIII</i> | <i>3012600702</i> |
| 2. | <i>Jhoely Ariztrabal</i> | <i>Abogada</i> | <i>Cll 27 # 28-10 Villa del Prado</i> | <i>3118924130</i> |

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|----|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|-------------------|
| 1. | <i>Ida Yarola Aciano</i> | <i>Administradora Emp.</i> | <i>Cll 2f # 11A-26 Transporte</i> | <i>3133190266</i> |
| 2. | <i>Danny Jheth Torres.</i> | <i>Administrad. Empre.</i> | <i>Cra. A # 7-30 Toloa.</i> | <i>3143066778</i> |

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. Marque con una X

| | | |
|--|--|---|
| <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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).</p> | <p>Firma del solicitante</p> <p><i>Olga Castro.</i> C.C. <i>40760420 Flia.</i></p> |
|--|--|---|



INGRESO EMPLEADO

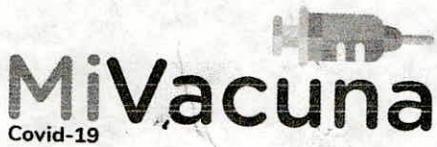
DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS DEL EMPLEADO:

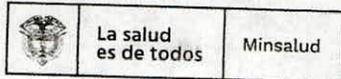
Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 40760420 ✓
Nombre: OLGA CASTRO
Fecha Ingreso: 21/09/2023
Salario básico: 1,160,000
Nit empresa en misión: 800165866
Código Sucursal: 05
Centro de trabajo: 6
Tasa: 1.044
Fecha hora transacción: 20/09/2023 02:24:53 p.m.

02/



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **OLGA**

Apellidos: **CASTRO**

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. **40.760.420**

Fecha de nacimiento: Día **05** Mes **02** Año **1961**

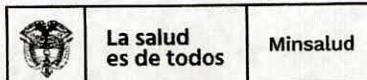
| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|-----------|-------|---------|-------------|--------|----------------|--|----------------------|
| COVID-19 | 1 | 1-5-21 | Pfizer | E16924 | HMH00 | Monica Gómez | 9117509877 |
| | 2 | 2/5/21 | Pfizer | E16924 | HMH00 | Norlba Cumber | 40077322 |
| | | 7-01-22 | Astrazeneca | 77904 | Sinergia | Stefanny Quintero Caicedo AUX. DE ENFERMERIA C.C. 1.117.508.991 REG. PAR 6496 | |

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Olga
 Apellidos: Castro
 Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 40760420
 Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 02 Año 1967

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---------------------------------|-------|-------|-------------------|------------------------------------|
| Sarampión - Rubeola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico-Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|----------------------|-------|-----------------|-------------------|------------------------------------|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | <u>06-08-21</u> | <u>US0221008</u> | <u>Andrea U.</u> |
| Otras | | | | |
| | | | | |

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OLGA CASTRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40760420**, se encuentra afiliado/a desde **18/03/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de septiembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Y. 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/CC TI/PA CE/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"/> 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 D D M M A A A A | 42. Fecha 27 09 20 23 |
|--|-----------------------------------|----------------------------|--|--------------------------|

| | | |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| 43. EPS anterior Sanitas | 44. Motivo de traslado Codigo | 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.

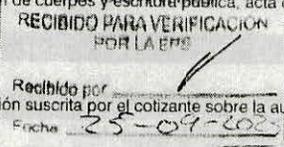
VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
Olga Castro

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

IX. ANEXOS

| | | |
|---|-------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad: | CN RC TI CC PA CE CD SC | TOTAL |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. | | |
| <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. | | |
| <input type="checkbox"/> 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. | | |
| <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. | | |
| <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. | | |
| <input type="checkbox"/> 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. | | |
| <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. | | |
| <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. | | |
| <input type="checkbox"/> 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. | | |



X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| | | | |
|--|---|--|--|
| 66. Identificación de la Entidad Territorial Codigo del Municipio / Codigo del Departamento | 67. Datos del SISBÉN Número de ficha / Puntaje / Nivel | 68. Fecha de Radicación D D M M A A A A | 69. Fecha de Validación D D M M A A A A |
|--|---|--|--|

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 |
|--|---------------------|-----------------------|

CE-006 - 0000000100 – 2023

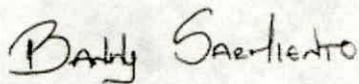
CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

| | |
|---------------------------------|--------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 40760420 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Castro ,Olga |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Dependiente |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 01/07/2021 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Castro ,Olga , a los 15 días del mes de septiembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la 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 19:21:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 40760420 |
| Código de Verificación | 40760420230914192128 |

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:20:14 PM horas del 14/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **40760420**

Apellidos y Nombres: **CASTRO OLGA**

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.araic-
atc@policia.gov.co

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 231337326



PIB
19:18:04
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) OLGA CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40760420:

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.



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, 17/09/2023 09:15:40 p. m. para el **Nº de Expediente o Comparendo Nº. 40760420**

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. **73179250** . 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

Información

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

Florencia, 20 de septiembre de 2023



Señores

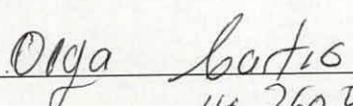
FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN

REF: SOLICITUD DE CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

OLGA CASTRO, identificada con la C.C 40.760.420 de Florencia-Caquetá, comedidamente me dirijo a ustedes, con el fin de solicitar la expedición de certificado de antecedentes disciplinarios, que requiero para anexar a mi hoja de vida y presentar a mi empleador SOSEGE.

Agradeciendo su atención,

Cordialmente,



OLGA CASTRO 40 760 420

C.C 40.760.420 Florencia, Caquetá

Cel. 3144712797

Correo electrónico: casolgatro@gmail.com

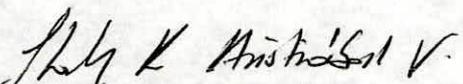
JHORLY KATIUXKA ARISTIZÁBAL VABUENA identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.083.871892 de Pitalito

CERTIFICA:

Que conozco de vista, trato y comunicación a la señora **OLGA CASTRO** identificada con la cédula de ciudadanía No 40.4670.420 de Florencia, desde hace aproximadamente once años, con ocasión a la prestación de sus servicios al Tribunal Administrativo del Caquetá, en actividades de servicios generales, en donde la suscrita se viene desempeñando como servidora judicial, ahora profesional especializado, grado 23.

Durante dicho tiempo he constatado sin asomo de duda, que se trata de una persona trabajadora, servicial, con muy buena actitud y voluntad para desarrollar las labores a su cargo, respetuosa, atenta, diligente, cumplidora con sus deberes y muy responsable con sus obligaciones, especialmente con su trabajo, que esmera por hacerlo de una manera impecable; persona de sanas costumbres, honesta, comprometida con su trabajo, voluntariosa y eficiente en las labores que se le asignen, de una conducta intachable, de buenas costumbres públicas, como persona es prenda de garantía para cualquier actividad laboral, social y familiar.

Florencia, catorce (14) de agosto de dos mil veintitrés (2023)


JHORLY K. ARISTIZÁBAL VABUENA

C.C. No. 1.083.871.892 de Pitalito

Celular: 31189224130

Dirección: calle 27 No 28^a-10, barrio Villa del Prado

CLAUDIA GARCÍA LEIVA

HAGO CONSTAR:

Que conozco a **OLGA CASTRO**, identificada con la cédula de ciudadanía 40.760.420 de Florencia - Caquetá, hace 20 años, caracterizándose por ser una persona honesta, de buenas costumbres, respetuosa, comprometida, con alto grado de responsabilidad.

Dada en Florencia, Caquetá, a los 13 días del mes de septiembre de 2023.



CLAUDIA GARCÍA LEIVA

C.C. 39.684.034 de Usaquén

Residencia: Carrera 15 No. 8 -25 Barrio Juan XXIII

Celular 3012600702

Oficina: Tribunal Administrativo del Caquetá

Calle 11 No. 11 -20 Edificio Espazios Urbanos



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

Nit. 813005241-0

Proteger la Salud y Preservar el Medio Ambiente



www.incihuila.com.co

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

CERTIFICA QUE:

La señora **OLGA CASTRO**, identificada con cédula de ciudadanía N° **40.760.420** expedida en **Florencia - Caqueta** laboró con la empresa **INCINERADOS DEL HUILA - INCIHUILA S.A.S. E.S.P.** en virtud del **CONTRATO DE TRABAJO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA**, desempeñando el cargo de **OPERARIA DE SERVICIOS GENERALES** teniendo como fecha de inicio el **día siete (07) 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 Talento Humano (E)

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 Villavicencio: Carrera 44 B No. 16-67 Casa 13ª Conjunto Buque Alto PBX: (098) 6636396
E-mail: agenciavillavicencio@incihuila.com.co Móvil: 3502926772





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

PROCESOS
Proteger la Salud y Preservar el Medio Ambiente



ISO 9001:2008
ISO 14001:2004
OHSAS 18001:2007
NORSOK S-008:2003
BUREAU VERITAS
Certification

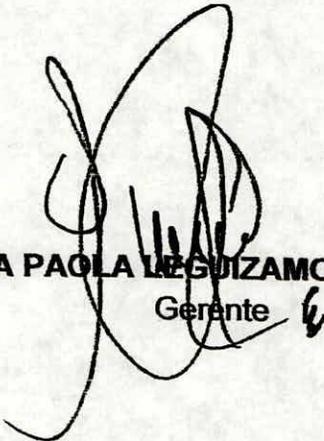


INCINERADOS DEL HUILA – INCIHUILA S.A.E.S.P.

CERTIFICA:

Que la señora **OLGA CASTRO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 40.760.420 de Florencia, laboró en esta empresa, desde el 09 Noviembre de 2015 hasta el 04 de Noviembre de 2016, desempeñando el cargo de Operaria de Servicios Generales.

Esta constancia se firma en la ciudad de Neiva, a los Quince (15) días del mes de Noviembre del año dos mil dieciséis (2016).


GINA PAOLA LEGUIZAMO RAMIREZ
Gerente



Proyectó: *Cindy Rodríguez*

Oficina Principal Neiva: Calle 11 No. 25-42 B/ 7 de Agosto PBX: (098) 8630403
Móvil: 311 832 66 60 – 313 245 31 78 E-mail: pqr@incihuila.com.co - incihuilasa@gmail.com
Agencia Florencia: Carrera 9 No. 17-11 PBX: (031) 4346792 Móvil: 314 237 4788
E-mail: agenciaflorencia@incihuila.com.co
Agencia Villavicencio: Carrera 44 B No. 16-67 Casa 13ª Conjunto Buque Alto PBX: (031) 6814955
E-mail: agenciavillavicencio@incihuila.com.co





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 **OLGA CASTRO**, identificada con cedula de ciudadanía 40, 760,420 de Florencia, laboró con **INCIHUILA S.A. E.S.P.**, desde 09 de Marzo de 2015 hasta el 31 de Octubre de 2015, desempeñando el cargo de operaria de servicios generales.

Esta certificación se expide en la ciudad de Neiva, a los (03) días del mes de Noviembre del año dos mil quince (2015).

Marta Martínez J
MARTA MARTINEZ JARAMILLO
Oficina de Talento Humano

Proyectó: Yency Y. Montealegre

Oficina Principal Neiva: Calle 11 No. 25-42 Telefax (098) 8631244 8633382 8633371 8633372 8633374 8633375 Fax Extensión 140
Móvil 3114815902 Mail: pa@incihuila.com.co
Agencia Florencia: Carrera 9 No. 17 31 Teléfono (098) 4346792 Móvil 3142374788 Mail: incihuilaflorencia@gmail.com
Agencia Villavieja: Carrera 44B Manzana C Casa 13 Conjunto Buque Alto Teléfono: (098) 6676510 Móvil: 3163632157
Avantel: 3505856142 Radio: 2823*2 Mail: incihuilavillavieja@gmail.com www.incihuila.com



INGINERADOS DEL HUILA S.A. E.S.P.

Proteger la Salud y Preservar el Ambiente

Nit. 813.005.241-0

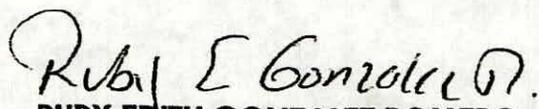


CERTIFICA:

Que el señor (a) **OLGA CASTRO**, con cedula de ciudadanía número **40.760.420** de **FLORENCIA - CAQUETA**, laboró con **INCIHUILA S.A. E.S.P.** Desempeñándose en el cargo de **SERVICIOS GENERALES** durante los siguientes periodos:

- Desde el **16 de Noviembre de 2012** hasta el **11 de Enero de 2013**.
- Desde el **11 de Enero de 2013** hasta el **15 de Mayo de 2013**.

La presente se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Neiva, a los treinta (30) días del mes de Diciembre del año dos mil trece (2013).


RUBY EDITH GONZALEZ ROMERO
Coordinadora de Talento Humano

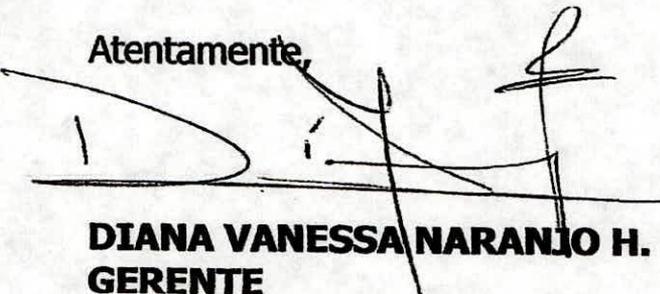
Proyecta: Jessica M.

CERTIFICACION

Servicios Integrales Casas Castillo Ltda., identificada con Nit. 830.023.047-6, certifica que la señora OLGA CASTRO, identificada con cédula de ciudadanía No. 40.760.420 de Florencia, laboro en nuestra Empresa desde el 16 de Marzo de 2009 hasta el 15 de noviembre de 2012, desempeñándose en el cargo de Auxiliar de Aseo y Mantenimiento.

La presente se expide a solicitud del interesado a los diez y seis (16) días del mes de Noviembre de 2012.

Atentamente,



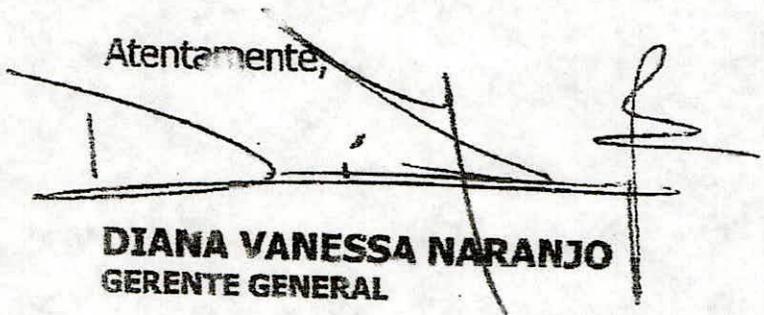
DIANA VANESSA NARANJO H.
GERENTE

CERTIFICA

Que la señora OLGA CASTRO, identificada con cédula de ciudadanía No. 40.760.420 laboro en nuestra Empresa desde el 1 de Noviembre de 2013 hasta el día 4 de octubre de 2014 desempeñando el cargo de operaria de Aseo y Mantenimiento, con un Contrato de Trabajo a Termino Fijo Inferior a un Año.

La presente se expide a solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de Octubre de 2014, a solicitud del interesado.

Atentamente,


DIANA VANESSA NARANJO
GERENTE GENERAL



ADMINISTRADORA DE SERVICIOS
CASAS CASTILLO LTDA.

NIT. 830.023.047-6

CERTIFICA

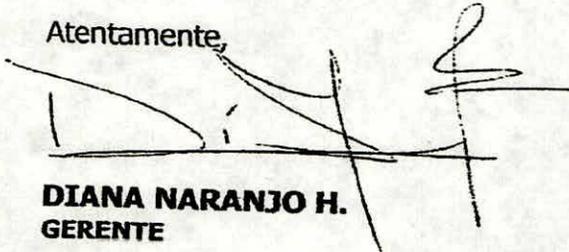
Que la señora OLGA CASTRO, identificada con cédula de ciudadanía No. 40.760.420 de Florencia, labora en nuestra Empresa desde el 1 de Diciembre de 2009, desempeñando el cargo de operaria de Aseo y Mantenimiento.

Actualmente devenga un salario mensual de Quinientos treinta y cinco mil seiscientos pesos m/cte, (\$535.600), más el auxilio de transporte.

Su Contrato Individual de Trabajo es por la duración de una obra o labor determinada.

La presente se expide a solicitud del interesado a los diez y ocho (18) días del mes de Mayo de 2011.

Atentamente,



DIANA NARANJO H.
GERENTE

Calle 76 No. 29C - 23 * Telefax: 545 9434 * Bogotá, D.C
Agencia Neiva: Carrera 5a No. 16-86 Local 2 Tel.: (8) 875 8934
Agencia Florencia: Calle 27 No. 1B-07 - Tel.: (8) 434 0103
E-mail: casas.castillo@yahoo.com



Conserjes Inmobiliarios Ltda.



Bogotá, D.C. 01 de diciembre de 2009

EL SUSCRITO DIRECTOR DE PERSONAL
DE LA EMPRESA
CONSERJES INMOBILIARIOS LTDA
NIT 800.093.388-2

CERTIFICA QUE:

El (a) señor(a), CASTRO OLGA, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 40760420 expedida en Florencia, laboró en nuestra compañía desde el día 3/16/2009 hasta el 12/1/2009, desempeñando el cargo de **OPERARIO (A) DE ASEO**, siendo su retiro por terminación de contrato.

Esta certificación se expide para trámites personales.

Cordialmente,

Conserjes Inmobiliarios Ltda

DEPARTAMENTO DE PERSONAL

LUIS HERNANDO MONROY MORA
Director Dpto. Recursos Humano

Calle 142 No. 16-08 • Tels.: 649 0775 - 649 0776
Telefax: 274 5751 Cel: 310 2104489
PBX: 01 900 331 9331 • BOGOTÁ, D.C.

RESIDENCIAL • ESTATAL • COMERCIAL • INDUSTRIAL • HOSPITALARIA E INSTITUCIONAL

CONSTANCIA LABORAL

APELLIDOS Y NOMBRES : CASTRO OLGA
CEDULA DE CIUDADANIA : 40.760.420 DE FLORENCIA
FECHA DE INGRESO : NOVIEMBRE 01 DE 2007 A MARZO 16 DE 2008
MARZO 24 DE 2008 A DICIEMBRE 15 DE 2008
ENERO 02 DE 2009 A MARZO 15 DE 2009
CARGO : OPERARIO DE ASEO
EPS. : SALUDCOOP
AFP. : I.S.S
ARP. : SURATEP
OBSERVACIONES : LABORO A TRAVES DE VARIOS CONTRATOS

Se expide en Bogotá, D.C. A los 16 DIAS DEL MES MARZO DE 2009

Cordialmente
BRILLADORA ESMERALDA LTDA.
JEFE DE
GESTION
HUMANA
EDILBERTO BONCES RODRIGUEZ
JEFE DEPTO GESTION HUMANA

INVERSIONES ALICO Y CIA LTDA
NIT. 813.001.614-6
PITALITO (Huila), NEIVA, FLORENCIA

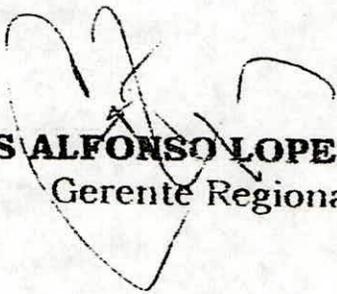
**EL SUSCRITO GERENTE REGIONAL
DE INVERSIONES ALICO Y CIA LTDA**

CERTIFICA

Que la Señora **OLGA CASTRO** con cedula de ciudadanía 40.760.420 de Florencia Caquetá, laboró en esta empresa desde 01 de Febrero de 2003 hasta el 30 de Abril de 2005 como **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, devengando un salario mensual de cuatrocientos veintiséis mil pesos mcte (\$426.000).

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada

Dada en Florencia a los veintiocho (28) días del mes de Abril de 2006.


CARLOS ALFONSO LOPEZ URQUINA
Gerente Regional

OFICINA PRINCIPAL
AGENCIA
AGENCIA

CARRERA 2 No 2-39 Sur
CARRERA 12 n 3º-24
CALLE 18 No 7-39

TELEFONO 836158 PITALITO (HU)
TELEFONO 8721123 NEIVA (HU)
TELEFONO 4342711 FLORENCIA



INGINERADOS DEL HUILA S.A. E.S.P.

Proteger la Salud y Preservar el Medio Ambiente



Certifica :

Que el señor (a) _____

OLGA CASTRO

asistió a _____

CAPACITACION DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS PELIGROSOS HOSPITALARIOS

los días _____

21 (VEINTIUNO)

del mes de _____

NOVIEMBRE

del año _____

2012

con una intensidad horaria de _____

(4) CUATRO HORAS

Dado en: FLORENCIA (CAQUETA) A LOS 28 días del mes de _____

NOVIEMBRE

del año _____

2012

Gerente

Instructor

Notaria Segunda del Círculo de Florencia

Carrera 12 Calle 14 Esquina Ed. Jorge Eliécer Gaitán Telefax 4347714

LUIS FERNANDO URREGO CARVAJAL

Notario

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE OLGA CASTRO

En la ciudad de Florencia, Departamento del Caquetá, República de Colombia a Los VEINTINUEVE (29) días del mes de ABRIL de Dos Mil Nueve (2009), ante mí, LUIS FERNANDO URREGO CARVAJAL, Notario Segundo del círculo de Florencia, Caquetá, compareció, OLGA CASTRO con el fin de rendir esta Declaración bajo la gravedad de juramento y de conformidad Con el decreto 1557 de 1989 manifestó. _____

PRIMERO: Me llamo como queda dicho, soy mayor de edad me identifico con la cedula de ciudadanía numero 40.760.420 expedida FLORENCIA- CAQUETA- de estado Civil SOLTERA EDAD 48 años DIRECCIÓN CALLE F 2 BIS NRO 7- 29 BARRIO LOS ANDES DE ESTA CIUDAD OCUPACIÓN EMPLEADA _____

SEGUNDO : Es verdad y lo asevero bajo la Gravedad de Juramento que solamente termine el quinto año de primaria en el año 1988 en la ESCUELA MERCEDES MOTTA del Municipio de Suaza, Huila _____

PREGUNTADO TIENE ALGO MAS QUE AGREGAR: NO señor. _____

El Declarante manifiesta que ha leído con cuidado su declaración, y que es Consiente que el Notario segundo no acepta cambios después de que la declaración sea Firmada por los que intervinieron y por el Notario Segundo No siendo otro el objetivo de la anterior declaración y advertido de las complicaciones legales que acarrea jurar en falso, se da por terminada y se firma por los que en ella intervinieron.

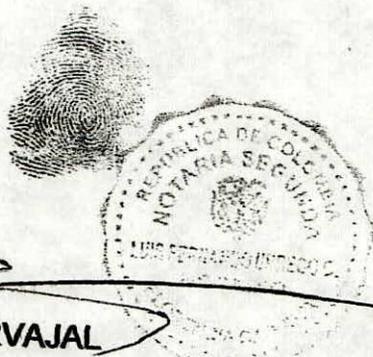
D.L. 9150+IVA= 10.614

EL DECLARANTE,

Olga Castro
OLGA CASTRO

EL NOTARIO SEGUNDO,

Luis Fernando Urrego Carvajal
LUIS FERNANDO URREGO CARVAJAL





ALCALDÍA DE FLORENCIA
SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL
PROGRAMA DE CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS



| |
|-------------|
| Consecutivo |
| 0387 |

CERTIFICA:
OLGA CASTRO
C.C: 40.760.420

Asistió a la Capacitación
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
CON UNA INTENSIDAD DE 2 HORAS
como apoyo a los planes de capacitación permanentes y continuos

Temas abordados: como construir un plan de saneamiento basico y para que sirve de acuerdo a la Resolución 2674 de 2013
Nota: Este documento se entrega como refuerzo a los planes de capacitación continuos y permanentes propios de cada establecimiento y no reúne la totalidad de los requisitos del artículo 12 y 13 de la Resolución 2674 de 2013.

Orientado por: Ginna Marcela Zuñiga Barón, Ingeniera de Alimentos
Dado en Florencia, Caquetá a los 23 días del mes de mayo de 2023

GLADYS CAICEDO TRASLAVIÑA
Secretaria de Salud Municipal

| | | | | | |
|-------------------|----------------------------|-------|------------------------|-------|--|
| Revisó y Proyectó | Ginna Marcela Zuñiga Barón | Cargo | Ingeniera de Alimentos | Firma | |
|-------------------|----------------------------|-------|------------------------|-------|--|

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.760.420**

CASTRO

APELLIDOS

OLGA

NOMBRES

Olga Castro
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-FEB-1961**

SUAZA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

25-ABR-1980 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-4400100-00905932-F-0040760420-20170517

0055448709A 1

9910004667

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **OLGA CASTRO** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 40.760.420** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130364000200002122** aperturada el **26 de septiembre de 2023**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **364002122**

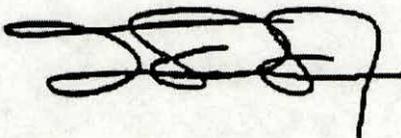
10 dígitos: **0364002122**

16 dígitos: **0364000200002122**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **26 de septiembre de 2023** a las **09:26**, con destino a **Quien Interese**.

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VOTADO

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO