El servicio público es de todos | Función Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VARGAS	PINZON	NEIFY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 40450284	F (●) M ( )	COL. (●) EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 29	MES 08	AÑO 1982	CALLE 33B # 4A - 46 CIUDADELA PEDAOGICA			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Meta
DEPTO	Meta			MUNICIPIO	GRANADA		
MUNICIPIO	GRANADA			TELÉFONO	3208701333	EMAIL	neifyvargas82@gmail.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 06 AÑO 2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		TECNICA PROFESIONAL EN CONTABILIDAD Y FINANZAS	05	2015	
TL	2	X		TECNOLOGIA EN GESTION CONTABLE Y FINANCIERA	12	2016	
UN	4	X		CONTADURIA PUBLICA	04	2017	239602

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Inglés	X				X			X	

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AGROCOS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	VISTAHERMOSA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3134543682	DÍA 01 MES 03 AÑO 2019	DÍA 01 MES 05 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS PROFESIONALES	ADMINISTRATIVA	CRA 6 # 11 - 24

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CREZCAMOS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	GRANADA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3208899800	DÍA 07 MES 05 AÑO 2018	DÍA 01 MES 02 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EJECUTIVO COMERCIAL	ASESORIA	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
NIDIA RUEDA OSPINA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	GRANADA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3148612686	DÍA 01 MES 03 AÑO 2014	DÍA 31 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PRESTACION DE SERVICIOS	CONTABILIDAD	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
	0	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Meta	GRANADA	Formal

NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Técnica profesional	DÍA 05 MES 06 AÑO 2017	DÍA 31 MES 07 AÑO 2019

ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Administración		

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ○ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____
Ciudad y fecha NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co

El servicio público es de todos | Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración: INGRESO

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NEIFY		VARGAS	PINZON

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 40450284

Lugar de nacimiento

País: Colombia Departamento: Meta Municipio: GRANADA

Lugar de domicilio

País: Colombia Departamento: Meta Municipio: GRANADA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Lugar de sede

País: Colombia Departamento: Bogotá D.C Municipio: BOGOTÁ

Dirección: CALLE 57 NO. 8-69

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$18.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
AHORROS	Colombia	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	Colombia	Meta	GRANADA	$6.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$1.500.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14696910852

(415)7707212489984(8020) 000001469691085 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4045028	4	0 Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 0 4 5 0 2 8 4	2 0 0 0 0 9 1 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Granada 3 1 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARGAS	PINZON	NEIFY	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Granada 3 1 3

41. Dirección principal: CL 33 B 4 A 46 BRR CIUDADELA PEDAGOGICA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
neify-vargas227@hotmail.com		3 2 0 8 7 0 1 3 3 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 2 0	2 0 1 5 0 7 1 5	8 2 9 9	2 0 0 9 0 3 1 0					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2020 - 07 - 01 / 11 : 01 : 21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: VARGAS PINZON NEIFY
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 01-07-2020 11:01:59AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

Certificado de Afiliación

La Señora NEIFY VARGAS PINZON , identificada con Cédula Ciudadanía 40.450.284, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	NEIFY VARGAS PINZON		
Número de identificación:	40450284	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	02/09/2021	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CALL 33B N 4A 46	Municipio residencia:	Granada
Teléfono actual de residencia:	3208701	Depto. Residencia:	META

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
40450284	NEIFY VARGAS PINZON	01/09/2021	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 2 días del mes de Septiembre de 2021, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro: Luz Yaneth Leon Sanchez

Colpensiones
Ven por tu futura ya

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NEIFY VARGAS PINZON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40450284,** se encuentra afiliado/a desde **10/08/2006** 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 02 de septiembre de 2021.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño 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.

Escaneado con CamScanner

ASOCIACION AGROPECUARIA COSTA RICA - AGROCOS

NIT: 900.260.522-2 Dirección: Cra. 6 no. 11-24 B. Popular Vista Hermosa – Meta.
Teléfono: 313-4543682

Yo AURORA MARTINEZ GUERRERO.
Representante Legal AGROCOS.

CERTIFICO:

Que él señora **NEIFY VARGAS PINZON**, identificada con cedula de ciudadanía No. 40.450.284 de Granada, laboró en la empresa desde el 01 de marzo de 2019 hasta el 01 de mayo de 2021, bajo el contrato No. 011 de 2019 con plazo de ejecución de 26 Meses, desempeñando el cargo de Profesional Contable y Financiero, devengando un salario

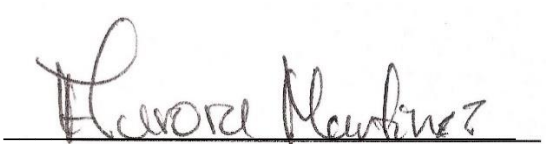
Obligaciones específicas del contrato:

1. Asegurar el logro de los objetivos, resultados y metas de las actividades bajo su responsabilidad sean alcanzados. **2.** Asesorar permanentemente a AGROCOS. **3.** Validar la información primaria y secundaria referente a los beneficiarios del proyecto. **4.** Monitorear las bases de datos del proyecto con información de los beneficiarios. **5.** Entregar la información contable y financiera de la asociación. **6.** Programar, coordinar y realizar las capacitaciones a las familias beneficiarias mediante la realización de Escuelas de Campo para agricultores - ECAS, en temas empresariales y contable. **7.** Planificar, monitorear, supervisar, acompañar y hacer seguimiento a las capacitaciones impartidas a las familias beneficiarias mediante la realización de Escuelas de Campo para agricultores - ECAS, en temas socio empresariales y contables. **8.** Revisar los protocolos empresariales de formación para cada uno de los talleres de ECAS por línea productiva. **9.** Aplicar los instrumentos de Diagnóstico Organizacional – Encuesta a Directivos –y Socialización de Resultados. **10.** Orientar la elaboración de los planes de fortalecimiento para cada una de los asociados. **11.** Acompañar la socialización de los planes de fortalecimiento de cada asociado. **12.** Realizar seguimiento a la implementación del Plan de fortalecimiento y/o Planes de Negocio. **13.** Fomentar estrategias de comercialización. **14.** Monitorear la consecución de programas o proyectos que estimulen la generación de valor agregado como oportunidades rurales y alianzas

productivas, entre otros. **15.** Difundir promocionar y socializar el proyecto a nivel regional. **16.** Promover el intercambio de experiencias entre productores a nivel regional y/o Nacional. **17.** Participar en las reuniones convocadas por el Coordinador del proyecto o directivas de AGROCOS. **18.** Elaborar y presentar informes periódicos (mensuales dentro de los últimos 5 días hábiles de cada mes) de avance e informe final correspondiente a sus actividades del proyecto y por solicitud de la coordinación. **19**. Apoyo en recolección y cague de información exógena para la elaboración de informes y cumplimiento de obligaciones tributarias **20.** Conocer y cumplir con las responsabilidades del Sistema de Gestión de Calidad de AGROCOS. Responder por actuaciones y omisiones derivadas de la celebración del contrato y la ejecución del mismo. **21.** Durante la ejecución del servicio y liquidación del mismo, dar cumplimiento a las obligaciones con los sistemas de salud y pensión **22.** Mantener actualizada la información sobre su domicilio durante la vigencia del contrato. **23.** Asumir como responsable exclusivo por la diligente ejecución del presente contrato. **24.** No divulgar la información que le sea suministrada por AGROCOS o que obtenga en desarrollo del presente servicio, sin previo consentimiento escrito por parte de AGROCOS. **25.** Guardar el secreto profesional **26.** No comunicar o utilizar indebidamente los secretos que se le hayan confiado o que haya conocido en virtud de los asuntos materia del servicio, aún en virtud de requerimiento de autoridad, a menos que haya recibido autorización de AGROCOS, o que tenga necesidad de hacer revelaciones para evitar la comisión de un delito, **27.** Presentar oportunamente las cuentas de cobro. **28.** Atender oportunamente las inquietudes específicas sobre el objeto del contrato que solicite AGROCOS. **29.** Estar afiliado a una EPS y Fondo de Pensiones legalmente establecida y presentar a la oficina de AGROCOS dentro de los diez (10) primeros días de cada mes, mientras dura la ejecución del contrato, fotocopia de los formularios o recibo de autoliquidación, con el que demuestre la vigencia de su afiliación a la EPS y el Fondo de Pensiones. **30.** Notificar a AGROCOS la ocurrencia de cualquier evento que interfiera con el cumplimiento de este contrato; al recibo de tal notificación AGROCOS pondrá a discreción aceptar tal acción si considera las circunstancias apropiadas o necesarias.

Para constancia de lo anterior se firma en Vista Hermosa – Meta, a los diecisiete () días del mes de septiembre de 2018.

Cordialmente,



AURORA MARTINEZ GUERRERO
CC. 40.277.330 de V/Hermosa
Representante Legal
AGROCOS

EL SUSCRITO DIRECTOR DEL INSTITUTO TÉCNICO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO "MANUELA BELTRAN"

CERTIFICA:

Que el señor NEIFY VARGAS PINZON, identificado con cédula de ciudadanía No. 40.450.284 de Granada Meta, de Profesión Contador Público. Ha laborado en la institución como docente en las Área de Gestión Administrativa, Gestión Empresarial y Formulación de Proyectos; en el periodo comprendido entre el 05 de junio de 2017 al 31 de julio de 2019. Desarrollando las siguientes funciones:

- **Reconocimiento y manejo del PUC.**
- **Desarrollar ejercicios en los que se identifican la naturaleza de las cuentas.**
- **Diseñar talleres de causación de cuentas.**
- **Evaluar y calificar las habilidades apreciativas y de conocimiento de los estudiantes.**
- **Facilitar a los estudiantes las herramientas para el aprendizaje de los procesos contables, mediante las técnicas pedagógicas, aplicadas en la informatica.**

Demostrando compromiso y liderazgo en el desempeño de sus funciones, con excelentes relaciones interpersonales con los alumnos.

Se expide a solicitud del interesado a los trece (13) días del mes de noviembrede 2019

DAMAR SUAREZ GOMEZ
Director

Bucaramanga, 01 de febrero de 2019

LA SUSCRITA DIRECTORA DE TALENTO HUMANO
DE LA SOCIEDAD CREZCAMOS S.A.
NIT. 900.211.263-0

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **NEIFY VARGAS PINZON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nº 404502284, laboró en esta entidad con contrato a término INDEFINIDO desde el 07 de mayo de 2018 hasta el 01 de febrero de 2019, desempeñando el cargo de Ejecutivo Comercial.

Se expide a solicitud del interesado, para demostrar experiencia laboral.

Cordialmente,

ELIANA PEREZ GRANADOS
Directora de Talento Humano

Revisó: Marcela R.

NIDIA RUEDA OSPNA
Contador Público
T.P 155976-T

CERTIFICA

QUE: La señora **NEIFY VARGAS PINZON**, identificada con cédula de ciudadanía número 40.450.284 expedida en Granada Meta, presto sus servicios para este despacho, como **AUXILIAR CONTABLE**, del primero (01) de Marzo de 2014 al treinta y uno (31) de Diciembre del año 2016, tiempo en el cual demostró ser una persona honesta y cumplidora de su deber.

La presente se entrega a solicitud de la interesada, a los dieciséis (16) días del mes de Julio de 2020.

Atentamente,

NIDIA RUEDA OSPINA
CC. 40.449.050 de Granada -Meta

Correo electrónico nidia80902@hotmail.com
Cel. 3135878905

Referencia Bancaria

Lunes, 23 de agosto de 2021

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NEIFY VARGAS PINZON identificado(a) con CC 40.450.284, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	36725237566	2021/08/23	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 en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

Claudia Posada Álvarez
Gerente Bancolombia S.A.

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

Escaneado con CamScanner

H.S&E

Nit. 900.758.801-1

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

CLL 15 No. 15- 81 Tel. 650 1313 Cel. 321 488 8891
hsesaludocupacional1@gmail.com - Granada - Meta.

SALUD OCUPACIONAL EPIDEMIOLOGIA AMBIENTAL

De acuerdo al resolucion 2346 de 2007, se certifica por parte del trabajador, que todos los datos consignados en la historia ocupacional y medica, son verdicos. Se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la población examinada, información que sera consignada en el diagnostico de salud de la empresa a la cual pertenezca, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (Art. 18) de medicina preventiva y del trabajo según el Art. 10 de la resolución 1016 de 1989, o la norma que la modifique, adicione o sustituya

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	No. Identificación
VARGAS	PINZON	NEIFY	40.450.784

Edad	Cargo		Día	Mes	Año
39	INSTRUCTORA	SENA	01	09	77

Tipo de Examen: Ingreso [X] Periódico [ ] Cambio de Labor [ ] Retiro [ ] Reingreso [ ] Otro_____

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Optometría	X
Visiometria	X
Audiometría	X
Espirómetria	
EKG	
Rx Tórax	
EMG	

Fosfatasa	
Hemodasificadon	
C. Hematico - Plaquetas	X
Glicemia	X
P. de Orina	
Caprologico	
KOH uñas	

Frotis / Cultivo garganta	
SGPT	
SGOT	
Radioscopia	
Creatinina	
Colinesterasa	
Serologia	X

Colesterol	X
Triglicéridos	X
HDL	
LDL	
Alcohol	
Psicoactivos	
Otros	

Anexo trabajo en alturas	
Espacios confinados	
Tamizaje tunel del Carpo	
Osteomuscular	X
Actividades alto riesgo	
Dermatológico	
Psicotécnico	X

CONCEPTO

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIÓDICO		EXAMEN MEDICO DE RETIRO	
X	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo		Satisfactorio		Satisfactorio
	Presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral		Signos y síntomas de enfermedad general que deben ser valorados por su EPS		Con limitaciones de origen común que deben ser valorados por su EPS
	Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Secuela de accidente de trabajo
	Presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de Ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS
	No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS		Valoración medicina laboral para evaluación y calificación.

	SI	NO		SI	NO
Idóneo para manipular alimentos		X	Requiere nueva valoración medica ocupacional		X
Idóneo para trabajar en alturas		X	Debe ser reubicado		X
Idóneo para trabajar en espacios confinados		X	Requiere manejo por rehabilitación		X
Requiere nueva valoración medica laboral		X			

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC	
Dieta	
Ejercicio Regular	X
Dieta y Ejercicio Regular	
Valoración por nutrición EPS	
Descartar Alteración Metabólica	
Dieta, Ejercicio y medicamento	
Otro	

MANEJO POR EPS/ARP	
Control Periódico PP por EPS	
Se prescribe Tratamiento	
Remisión a EPS para Manejo	
Continuar manejo Medico	
Remisión para Control Medico	
Remisión ARP para manejo del caso	
Otro	

RECOMENDACIONES	
Control Periódico Ocupacional	X
Higiene Postural	X
Utilización de EPP	X
Utilización de ayudas Ergonómicas	X
Medidas antiestasis venosa	
Evaluación Puesto de Trabajo	
Otro	

SVE (INCLUIR EN)	
Visual	X
Auditivo	X
Respiratorio	X
Ergonómico	X
Cardiovascular	
Psicolaboral	
Químico	
Biológico	

Dr. Juval Niño F.
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
EPIDEMIOLOGIA
R.M. 14785-88 LSO 00097

Firma Medico Evaluador
Sello

Neify Vargas Pinzon

Firma Trabajador Evaluado
c.c 40450784

...Experiencia en Salud!
Daniel Ramirez Publicidad 0314 482 9907

Escaneado con CamScanner