IVAN VARGAS CHAJIN

ECONOMISTA
Urbanización Santa Lucia Mz.B2 L.21.2°piso
Edificio Mariana Apto.201
Teléfono: 6056427249 – Cel: 3114168045
E_mail: Ivargas1999@yahoo.es

Cartagena- Bolívar



INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE	*Ivan Vargas Chajin*
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	*73.089.927*
FECHA DE NACIMIENTO	*13 de Febrero de 1958*
LUGAR DE NACIMIENTO	*Cartagena, Bolívar.*
ESTADO CIVIL	*Soltero*

FORMACIÓN ACADEMICA

Universitarios	*Universidad de Cartagena* *Economista* *Año 1976 – 1980*
Seminarios	*Universidad de Cartagena* *Auditoria Tributaria* *Año 1989*

TALLERES Y CURSOS

Introducciòn a los Computadores

Instel *Año 1993*

Trident Plus Versiòn 3.1

Microclub *Año 1994*

Dos,Windows,Word,y Excel

Sisacom *Año 1996*

Empresa Emprendedores

Programa Bolivar Emprende *Año 2006*

Control Preventivo desde el "SCI", Actualizacion MECI y el nuevo Modelo Integrado de Planeacion y Gestion "MIPG"

Funcesia *Año 2017*

Sistema de Gestion de la Calidad Norma ISO 9001: 2015, Formacion de Auditores de Calidad.

Funcesia *Año 2018*

EXPERIENCIALABORAL

FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR.

Cargo: *Profesional de Apoyo a la Gestion en las areas de Planeacion, Contratacion y Control Interno.*

Periodo: *Enero 27/2022 a Julio 26/2022*
Periodo: *Septiembre 10/2021 a Diciembre 30/2021*
Periodo: *Febrero 01/2021 a Mayo 31/2021*
Periodo: *Octubre 08/2020 a Diciembre 22/2020*
Periodo: *Marzo 04/2020 a Junio 03/2020*

CORPORACION DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL CARIBE

Cargo: *Asesor de Proyectos*
Periodo: *Julio 2014 – Diciembre 2016*

ALCALDIA MUNICIPAL DE SIMITI

Cargo: *Asesor Control Interno*
Periodo: *Marzo 2013 – Mayo 2013*
Periodo: *Agosto 2013 – Octubre 2013*

MARIO LONDOÑO S.I.A. S.A.

Cargo *Administrativo – Contable*
Periodo *Abril 2008 – Agosto 200*

CENTRO DE APOYO LOGISTICO S.A.

Cargo *Asistente Contable*
Periodo *Año 2004 – 2006*

ANTONIO SPATH Y CIA. LTDA.

Cargo *Tesorero*
Periodo *Año 1993 – 2000*

ALMACENES MAGALIS PARIS

Cargo *Asistente de Revisorìa Fiscal*
Periodo *Año 1985 – 1992*

FABRICA DE JABONES IBERIA

Cargo *Auditor Interno*
Periodo *Año 1982 – 1985*

HOTEL EL DORADO

Cargo *Auditor Interno*
Periodo *Año 1979 – 1982*

REFERENCIAS PERSONALES Y FAMILIARES

LUIS A. ANCHIQUE LOPEZ ***ECONOMISTA***
Jefe Oficina Control Interno
Contraloria Dptal de Bolivar
Telefonos *3017019943*

MAIRA G. VARGAS CHAJIN ***CONTADORA PUBLICA***
Teléfono *3183418092*

JAVIER VARGAS CHAJIN ***INGENIERO CIVIL***
Pensionado
Teléfono *3183256587*

IVAN VARGAS CHAJIN
CC. *73.089.927*

LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Cartagena - Colombia

ACTA DE GRADO No. 581

En la ciudad de Cartagena, a los treinta ------ (30) días del mes de Mayo ---------de mil novecientos ochenta y seis---- (1986), se realizó la graduación colectiva ---------- en ceremonia solemne ---------- a solicitud del Decano de la Facultad de Ciencias Económicas ---------- a la Rectoría, quien autorizó el acto mediante Resolución No. 291 ------ de fecha 22 -------de Mayo ---------- de 1986---por medio de la cual, otorga, de acuerdo a la Ley y los Estatutos de la Universidad, el título de ECONOMISTA ---------- al estudiante IVAN VARGAS CHAJIN ----------portador de la cédula de ciudadanía No. 73'089.927----expedida en Cartagena----------a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de la profesión de ECONOMISTA ---------- ----------según las disposiciones vigentes.

Este título es equivalente al de ECONOMISTA ---------- que se expedía antes de la promulgación de la Ley 80 de 1980.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por todos los que en ella intervinieron.

LUIS H. ARRAUT ESQUIVEL
Rector

EUSTORGIO GONZALEZ VARGAS
Decano (E)

PEDRO MACTA HERNANDEZ
El Secretario General (E)

00662

DESARROLLO INSTITUCIONAL
DEL CARIBE
"CODINSCA"
Por el Desarrollo de lo Nuestro
Nit: 900 254 978 – 8

ASESORIA,
CONSULTORIA Y
CAPACITACION
INSTITUCIONAL

EL SUSCRITO GERENTE DE LA CORPORACIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL CARIBE "CODINSCA" NIT: 900254976-8

CERTIFICA

Que el Señor **Iván Vargas Chajin**, identificado con cedula de ciudadanía número 73.089.927 de Cartagena Bolívar, presto sus servicios en esta empresa como asesor en los diferentes proyectos desarrollados por la Corporación, en temas relacionados con los Sistemas de Gestión de la Calidad y MECI, en el marco de la Norma GP 1000, ISO 9001 y decreto 943 del 2014 (Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

Los trabajaos se ejecutaron en varios municipios del Departamento de Bolívar, en el periodo comprendido entre el 1ª de Julio del 2014 al 15 de diciembre de 2016.

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado en Cartagena de Indias el 05 de septiembre de 2017.

ADOLFO LARA RANGEL
Gerente.

Calle 15 N° 57ª 32
WWW.codinsca2.blogspot.com
E-Mail codinsca@gmail.com
Tel. 315 329 37 43 - 317 464 83 38
Cartagena de Indias D.T y C
Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **73.089.927**

VARGAS CHAJIN

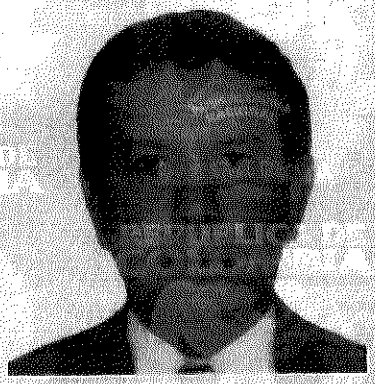
APELLIDOS

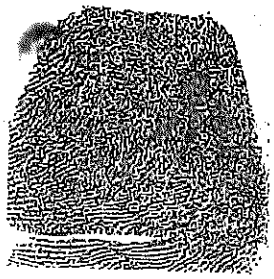
IVAN

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-FEB-1958**

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

22-MAY-1979 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0500100-00291505-M-0073089927-20110411 **00266**43931A 1 36269719

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

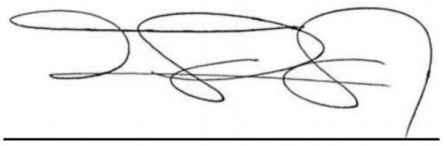
Que nuestro(a) cliente **IVAN VARGAS CHAJIN,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 73.089.927** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 694331737** aperturada el **06 de mayo del 2020,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **19** días del mes de **mayo** del año **2020**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0694331737**
Cuenta de 16 dígitos: **0694000200331737**
Cuenta de 20 dígitos: **00130694000200331737**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 miércoles 24 de agosto de 2022, a las 11:36:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	73089927
Código de Verificación	73089927220824113611

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

EMSIST IPS

FORMATO CERTIFICADO DE CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

LUGAR DE LA ATENCION:

Pais de la atencion:	Departamento de la atencion:	Ciudad / Municipio de la atencion:	Fecha de la atencion			Hora de la atencion:
			Dia	Mes	Año	
COLOMBIA	BOLIVAR	CARTAGENA	27	AGOSTO	2022	10:19AM

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre o Razon social de la Empresa:	PARTICULAR / INDEPENDIENTE			Actividad economica:	———
Nit:	———	Sede:	CARTAGENA	Direccion:	———

DATOS DEL PACIENTE:

Nombres:	IVAN			Apellidos:	VARGAS CHAJIN	Tipo de Documento:	CEDULA DE CIUDADANIA	
Numero de Documento:	7888887			Lugar de Expedicion:	CARTAGENA	Genero:	SELECCIONAR	
Fecha de Nacimiento:	13	FEBRERO	1958	Lugar de Nacimiento:	CARTAGENA	Edad:	64	Años
Estado civil:	SOLTERO			Numero de hijos:	1	Numero de personas a cargo:	0	
Escolaridad:	PREGRADO			Titulo:	ECONOMISTA	E-mail:		
Direccion de Residencia:	SANTA LUCIA MANZANA B2 HOTEL 21 SEGUNDO PISO			Estrato:	4	Numero de Telefono / Celular:	3114168045	Tipo de Sangre: A+
Cargo a Desempeñar:	ACESOR			EPS:	SURA	ARL:	SURATEP SA	AFP: SELECCIONAR
Nombres y Apellidos de la persona contanto en caso de emergencia:	JAVIER VARGAS CHAJIN					Telefono de contacto:	3183256587	

DATOS DE LA ATENCION REALIZADA:

Tipo de examen realizado:

ATENCION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, NEUROLOGICO Y NUTRICIONAL PARA INGRESO

Pruebas paraclinicas realizadas:

PRUEBA PARACLINICA VISIOMETRIA TAMIZ	0	SELECCIONAR
SELECCIONAR	SELECCIONAR	SELECCIONAR

Pruebas de laboratorio realizadas:

SELECCIONAR	SELECCIONAR
SELECCIONAR	SELECCIONAR
SELECCIONAR	SELECCIONAR

Vacunas:

SELECCIONAR	SELECCIONAR

RESULTADOS DE LA ATENCION REALIZADA

En este espacio usted encontrara las recomendaciones si en el caso las pruebas o atencion tienen resultados anormales, en caso contrario (estado normal) no tendran recomendaciones.

Descripcion del resultado Visiometria:		Estado:	Remision:	Especialista:	Restricciones, Limitaciones y Recomendaciones Medicas Generales, Laborales y para los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica:
Ojo Derecho	Deficit visual de cerca y lejos no corregido	Anormal	Si	Optometria	* No realizar administrativos, operativos, altura, espacios confinados, soldadura, oxicorte, mediciones en obra civil, servicios de atencion en salud, electricistas, costura, operacion de plantas, operacion de vehiculos y maquinaria, sin el uso de lentes prescritos para tal deficit. * Implementar seguimiento, control y prescripcion por optometria. * Paciente debe laborar con lentes prescritos por optometria. * Realizar control visual cada año. * Implementar programas de pausas activas alternando actividades realizando pausas a exposiciones de rayos uv, gama , beta, computador, soldadura, arcos electricos y luminicencias. * Para los casos de examen periodico deben incluir en SVE Visual, realizar evaluacion de puesto de trabajo, aplicar medicion de lux con equipo de Luxometria y diseñar programas para mejorar la salud visual del trabajador. * Utilizar los elementos de proteccion personal requeridos para la actividad a desarrollar y al ambiente laboral al que estara expuesto. * Cumplir con las normas, politicas y programas de salud y seguridad en el trabajo que propendan un ambiente sano para su salud visual. * Implementar medidas de autocuidado en casa.

Ojo Izquierdo	Deficit visual de cerca y lejos no corregido	Anormal	Si	Optometria	* No realizar administrativos, operativos, altura, espacios confinados, soldadura, cuicorte, mediciones en obra civil, servicios de atencion en salud, electricistas, costura, operacion de plantas, operacion de vehiculos y maquinaria, sin el uso de lentes prescritos para tal deficit. * Implementar seguimiento, control y prescripcion por optometria. * Paciente debe laborar con lentes prescritos por optometria * Realizar control visual cada año * Implementar programas de pausas activas alternando actividades realizando pausas a exposiciones de rayos uv, gama , beta, computador, soldadura, arcos electricos y luminicencias * Para los casos de examen periodico deben incluir en SVE Visual, realizar evaluacion de puesto de trabajo, aplicar medicion de lux con equipo de Luxometria y diseñar programas para mejorar la salud visual del trabajador * Utilizar los elementos de proteccion personal requeridos para la actividad a desarrollar y al ambiente laboral al que estara expuesto * Cumplir con las normas, politicas y programas de salud y seguridad en el trabajo que propendan un ambiente sano para su salud visual * Implementar medidas de autocuidado en casa.

Descripcion del resultado valoracion medica	Estado	Remision	Especialista	Restricciones, Limitaciones y Recomendaciones Medicas Generales, Laborales y para los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica
Sobrepeso	Anormal	Si	Nutricion y dieta	No Aplica

CONCLUSION DE LOS RESULTADOS

CONCEPTO DE APTITUD

Examen de ingreso satisfactorio, apto para el cargo

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

He leido (o que se me ha leido) el documento sobre Consentimiento Informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de las pruebas, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la prueba.
Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sean realizadas las pruebas.
Doy mi consentimiento para que la información de las pruebas sea utilizada para proteger la confidencialidad de mis resultados.

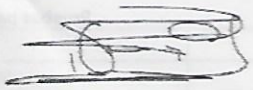
Autorizo a la empresa EMSIST IPS SAS para revisar, consultar mi historia clínica ocupacional y medico cuando se requiera con fines de promocion y prevencion de la salud ocupacional de la compañía que ordeno la atencion.
Manifiesto que la expresión y escritos en los documentos para la atención medica es informacion cierta y puede ser verificada por cualquier medio.
Los datos consignados en los documentos para la atencion medica son estrictamente confidenciales.

Autorizo el tratamiento de mis datos incorporados en y como se dispone en la ley estatutaria 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y su decreto reglamentario 1377 del 27 de julio de 2013 y los derecho que se actualicen, del mismo modo siempre que asi lo estime , podre ejercitar mi derecho de acceso, rectificacion, cancelacion y oposicion relativo a este tratamiento, comunicandome siempre por escrito.

FIRMAS E IDENTIFICACION:









Datos de indentificacion del profesional que realiza la atencion.						Identificacion fotografica del paciente	Identificacion por firma del paciente		Identificacion por huella del paciente
Nombres y Apellidos			Hernan Jose Vargas Ceballos			Nombres y Apellidos del paciente	IVAN		VARGAS CHAJIN
C.C.	73.209.954	R.M.	24000	U.E. S.O.	1197	CEDULA DE CIUDADANIA	73009927	de.	CARTAGENA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

CARTAGENA, 14 de febrero de 2020 BZ2020_2090085-0424205

Señor (a)
IVAN VARGAS CHAJIN
SANTA LUCIA MZ B 2 LT 21 2 PI AP 201
CARTAGENA DE INDIAS,BOLIVAR

Referencia: Radicado No 2020_2090085 del 14 de febrero de 2020
Ciudadano: IVAN VARGAS CHAJIN
Identificación: Cédula de ciudadanía 73089927
Tipo de Trámite: Reconocimiento Indemnización vejez

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES.

En atención al trámite iniciado por Usted, nos permitimos informarle que su solicitud ha sido recibida, la cual atenderemos dentro de los términos de la ley; sin embargo de presentarse alguna inconsistencia en su información nos estaremos comunicando con usted para informarle y si es el caso solicitarle la corrección de la misma.

Así mismo, le comunicamos que a la fecha, se está dando traslado al área correspondiente para que inicie el estudio de su solicitud.

Es importante señalar que Colpensiones durante el análisis prestacional en caso de considerarlo necesario, podrá remitir los documentos aportados en la radicación al consorcio Cosinte- RM con el objeto de realizar investigación administrativa para corroborar la información allí entregada, razón por la cual este consorcio los podrá contactar con este fin.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza y le recordamos que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formato solicitud de prestaciones económicas	2
Documento de identidad del afiliado	1

Formato para solicitud de indemnización ó declaración expresa en la que el asegurado manifieste su imposibilidad de continuar aportando al Sistema General de Pensiones	1
Formato declaración de no pensión	1

Atentamente,

Paola Andrea Rivera P.

PAOLA ANDREA RIVERA PENAGOS
Directora de Atención y Servicio (A)

DUPLICADO

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre

LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TÍTULO DE

ECONOMISTA

A

IVAN VARGAS CHAJIN

C.C. No. 73089927 expedida en Cartagena

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Cartagena de Indias, a los 30 días del mes de mayo de 1986

El Rector de la Universidad (fdo.)
LUIS H. ARRAUT B.

Este Duplicado se expide de conformidad con el Acuerdo No. 32 del 9 de diciembre de 2004 y Acuerdo No. 11 del 6 de septiembre de 2005 del Consejo Superior y fue autorizado por Resolución No. 02754 del 8 de agosto de 2013.

EL RECTOR

El Decano de la Facultad de Ciencias Económicas (fdo.)
EUSTORGIO GONZÁLEZ.

El original de este Diploma fue registrado al Folio No. 534 del Libro de Registro de Diplomas No. 9 de la Universidad.

EL SECRETARIO GENERAL

El Secretario de la Facultad de Ciencias Económicas de la época (fdo.)
MARTHA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

El Secretario de Educación y Cultura certifica que el original de este Diploma fue registrado el día _____ del mes de _____ de 19___, en el Libro de Registro No. _____ Cartagena, _____ del mes de _____ de 19____.

EL SECRETARIO DE EDUCACIÓN

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESAP

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VARGAS	CHAJIN	IVAN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No. 73089927

SEXO: F ○ M ●

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ● NÚMERO 73089927 D.M No.14

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 13 MES 02 AÑO 1958

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOLIVAR

MUNICIPIO CARTAGENA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

LA PROVIDENCIA DIAGONAL 32A No.71A-487-CAM

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOLIVAR

MUNICIPIO CARTAGENA

TELÉFONO 3114168045 EMAILivargas1999@yahoo.es

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	X11	MES 12 AÑO 1975

EDUCACION 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*
UN	10	X		ECONOMISTA	12	1980	

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*
FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CDB	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOLIVAR	CARTAGENA	CONTACTO@FBS-CDB.GOV.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3126638755	DÍA 27 MES 01 AÑO 2022	DÍA 26 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOOS	PLANEACION Y CONTROL INTERNO	CALLE GASTELBONDO-CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CDB	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOLIVAR	CARTAGENA	CONTACTO@FBS-CDB.GOV.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3126638755	DÍA 10 MES 09 AÑO 2021	DÍA 30 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOOS	PLANEACION Y CONTROL INTERNO	CALLE GASTELBONDO-CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CDB	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOLIVAR	CARTAGENA	CONTACTO@FBS-CDB.GOV.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3126638755	DÍA 10 MES 09 AÑO 2021	DÍA 30 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOOS	PLANEACION Y CONTROL INTERNO	CALLE GASTELBONDO-CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CDB	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOLIVAR	CARTAGENA	CONTACTO@FBS-CDB.GOV.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3126638755	DÍA 01 MES 02 AÑO 2021	DÍA 30 MES 05 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOOS	PLANEACION Y CONTROL INTERNO	CALLE GASTELBONDO-CENTRO

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CDB		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* CONTACTO@FBS-CDB.GOV.CO	
TELÉFONOS 3126638755	*FECHA DE INGRESO* DÍA 04 MES 03 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DÍA 03 MES 06 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	*DEPENDENCIA* PLANEACION Y CONTROL INTERNO		*DIRECCIÓN* CALLE GASTELBONDO-CENTRO	
EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CDB		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* CONTACTO@FBS-CDB.GOV.CO	
TELÉFONOS 3126638755	*FECHA DE INGRESO* DÍA 08 MES 10 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DÍA 23 MES 12 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOOS	*DEPENDENCIA* PLANEACION Y CONTROL INTERNO		*DIRECCIÓN* CALLE GASTELBONDO-CENTRO	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD CODINSCA		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	*MUNICIPIO* CARTAGEN		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* codinsca@omail com	
TELÉFONOS 315 329 37 43	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 07 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DÍA 15 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ASESOR DE PROYECTOS	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA		*DIRECCIÓN* Calle '15 N" 574 32	
EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE SIMITI		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* alcaldia@simiti-bolivar.gov.co	
TELÉFONOS 3183540171	*FECHA DE INGRESO* DÍA 12 MES 08 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO* DÍA 11 MES 10 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO CONTROL INTERNO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA		*DIRECCIÓN* SIMITI PALACIO MUNICIPAL	

. FORMATO
ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 ALCALDIA MUNICIPAL DE SIMITI	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* alcaldia@simiti-bolivar.gov.co
TELÉFONOS 3183540171	*FECHA DE INGRESO* DÍA 11 MES 03 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO* DÍA 10 MES 05 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO CONTROL INTERNO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA		*DIRECCIÓN* SIMITI PALACIO MUNICIPAL
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ANTONIO SPATH Y CIA LTDA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* comercial@antonio spath.com
TELÉFONOS 6056424870	*FECHA DE INGRESO* DÍA 06 MES 07 AÑO 1993		*FECHA DE RETIRO* DÍA 05 MES 09 AÑO 2000
CARGO O CONTRATO ACTUAL TESORERO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA		*DIRECCIÓN* PIE DE LA POPA CARTAGENA
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALMACENES MAGALI PARIS	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 16 MES 12 AÑO 1985		*FECHA DE RETIRO* DÍA 25 MES 03 AÑO 1992
CARGO O CONTRATO ASISTENTE REVISORIA FISCAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA		*DIRECCIÓN* CALLE DEL CANDILEJO CENTRO C/GENA
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FABRICA DE JABONES IBERIA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO BOLIVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA 03 MES 03 AÑO 1982		*FECHA DE RETIRO* DÍA 10 MES 03 AÑO 1985
CARGO O CONTRATO AUDITOR INTERNO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA		*DIRECCIÓN* ISLA DE GRACIA BOSQUE

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

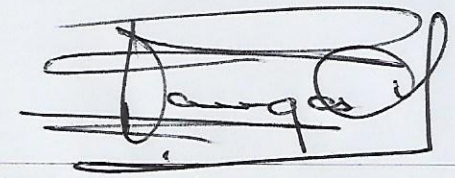
INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	19	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		21
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	21	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO (x) 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).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Cartagena de Indias – D.T. y C. – Agosto 28 de 2022

Doctora
TATIANA MARGARITA ROMERO LUNA.
DIRECTORA DEL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CDB (E)
E.S.D

Asunto: OFERTA DE SERVICIOS.

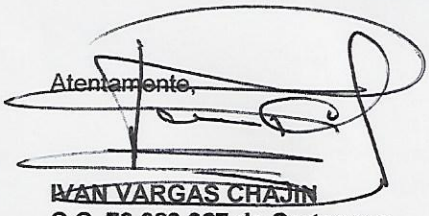
Cordial saludo,

IVAN VARGAS CHAJIN, mayor de edad, presento a usted oferta de servicios para suplir las necesidades de contratación con las cuales cuente la entidad que dirige.
Para el desarrollo de los servicios para los cuales estoy ofertando y constatación de los estudios y experiencia señalada, anexo a la presente oferta los siguientes documentos:
1. Formato único de hoja de vida del SIGEP.
2. Documento de identificación.
3. Diploma o acta de grado de los estudios realizados.
4. Certificados de experiencia laboral, evidenciando el objeto contratado y el periodo en el cual se prestó los servicios.
5. Certificados de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión, con fecha máxima de expedición de 60 días.
6. Registro Único Tributario (R.U.T).
7. Certificado de Antecedes Disciplinarios. Con fecha de expedición máxima de 90 días.
8. Certificado de antecedentes fiscales con fecha de expedición máxima de 90 días.
9. Certificado de Antecedes Judiciales con fecha de expedición máxima de 90 días.
10. Certificado de Antecedes de medidas correctivas, con fecha de expedición máxima de 90 días.
11. Consulta al Registro de inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad. (Aportar certificado cuando las obligaciones a contratar involucren una relación directa y habitual con menores) Ley 1918 de 2018.
12. Acreditación de situación militar. Aplica si es hombre menor de 50 años. En caso de pérdida deberá anexar certificación de la Dirección de Reclutamiento donde conste que la situación militar se encuentra definida.
13. Inscripción Profesional: aportar certificación de inscripción profesional en formato digital, o certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios, conforme a los artículos 18 y 19 del Decreto 2106 del 22 de noviembre de 2019.
14. Copia Tarjeta Profesional (cuando aplique).
15. Certificado de Vigencia Tarjeta Profesional (si aplica)
16. Examen De Aptitud Laboral Vigente (3 años)
17. Certificación Cuenta Bancaria de la presente anualidad.

Las comunicaciones serán recibidas:

1. Correo Electrónico: ivargas1999@yahoo.es

Atentamente,



IVAN VARGAS CHAJIN
C.C. 73.089.927 de Cartagena

Fondo de Bienestar Social
CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DE
Bolívar

EL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DE BOLÍVAR Y LA FUNDACIÓN CENTRO ESTUDIOS INNOVACIÓN DEL ATLÁNTICO

funcesia

Certifican que

IVAN VARGAS CHAJIN

C.C. Nº 73.089.927

Asistió al Taller de

CONTROL PREVENTIVO DESDE EL "SCI", ACTUALIZACIÓN MECI Y EL NUEVO MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN "MIPG"

Cartagena de Indias 30 Noviembre, 1º de Diciembre de 2017

Intensidad Horaria 12 horas

Juan C. Torres Trillos
Conferencista

Orlando Casiani Brochero
Director del Fondo de Bienestar

Edgardo A. Santiago Arrieta
Conferencista

Fondo de Bienestar Social
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DE
Bolívar

funcesia

EL FONDO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DE BOLÍVAR Y LA FUNDACIÓN CENTRO ESTUDIOS INNOVACIÓN DEL ATLÁNTICO

Certifican que

IVAN VARGAS CHAJIN

C.C. Nº 73.089.927

Asistió al Taller de

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NORMA ISO 9001:2015, FORMACIÓN DE AUDITORES DE CALIDAD

Cartagena de Indias 6, 7, 13 y 14 de Febrero de 2018

Intensidad Horaria 30 horas

Ernesto Castillo Jiménez
Conferencista

Orlando Casiani Brochero
Director del Fondo de Bienestar

Edgardo A. Santiago Arrieta
Coordinador

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14855439599

(415)7707212489984(8020) 000001485543959 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 3 0 8 9 9 2 7	0	Impuestos de Cartagena 6	

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	7 3 0 8 9 9 2 7	1 9 7 9 0 5 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARGAS	CHAJIN	IVAN	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal: CAN PROVIDENCIA DG 32 A 71 A 487

42. Correo electrónico: ivargas1999@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 5 6 4 2 7 2 4 9	3 1 1 4 1 6 8 0 4 5

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
7 0 2 0	2 0 0 8 0 4 1 0						2 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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 2022 - 08 - 26 / 13 : 43: 52

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 CHAJIN IVAN
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14545366499

(415)7707212489984(8020) 000001454536649 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 3 0 8 9 9 2 7	0	Impuestos de Cartagena 6	

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	73089927	1 9 7 9 0 5 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARGAS	CHAJIN	IVAN	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

41. Dirección principal: BRR PROVIDENCIA DG 32 71 A 107 P 2 AP 201

42. Correo electrónico: ivargas1999@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 6 1 7 0 8 8	3 1 1 4 1 6 8 0 4 5

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
7 0 2 0	2 0 0 8 0 4 1 0						2 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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 2019 - 05 - 28

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-73089927 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2022-07	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	125.000	0	125.000
Período salud:	2022-07	14-11	890903790	ARL SURA	1	0	5.300	0	5.300
Planilla Nro.:	23767462 Tipo I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Clase de aportante:	I	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Fecha transacción:	2022-08-04	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
Transacción:	1587610871	PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 130.300

PAGADO