inerva
10-03

LA ORIGINAL

www.formasminerva.com

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. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 6 Convenio 111 OIT.



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Valdes Chacon	Hollo Fabr
Fecha de Nacimiento	**Lugar de Nacimiento**
23/02/72	Guadalajara de Buga
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Cra 4 #3-29 Buga	Guadalajara Buga
Teléfono	**No. Celular**
3136241361	3017421004
Correo electrónico	**Nacionalidad**
Fabiovaldeschacon@gmail.com	Colombiano
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
Guarda de Seguridad	Soltero

Años de experiencia laboral: 21

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: [X]	N° 94471635	(**) Libreta militar N° 94471635	Primera clase: [X]
Extranjería: [ ]	Expedida en:	Distrito N° 51	Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo?	Licencia de conducción N°	Categoría
	Si [X] No [ ]	94471635	C2

II. PERFIL LABORAL

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

Bachiller academico. Curso de Seguridad certificados
21 años de experiencia laboral. Honesto responsable.
Cumplidor de las leyes y deberes. Actividad y mente
positiva para el servicio

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [ ]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato		
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [ ]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ]	Nombre / Dependencia	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [ ]	Nombre / Dependencia		¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?		
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador Clara calle	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 años	
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [ ]	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 650.000		
¿Por qué conceptos? Mercado. Servicios eliminados			¿Cuánto es su aspiración salarial? asignado		
¿Cuál es su principal afición? Cohsteria	¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ]	¿Cuál(es)? Cohsteria			

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Si [X] No [ ] ¿Cuál(es)? Deportivos y Culturales.

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio		
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente de usted: 2	Parentesco: Padre Hija		Edades: 58 - 12 años
Nombre(s) padre(s): Luis Arturo Valdes Beatriz Chacon	Profesión, ocupación u oficio: pensionado. Peluquera		Teléfono(s)
Nombre(s) hermanos(s): Yarley Valdes	Profesión, ocupación u oficio: Fumigadora		Teléfono(s): 312 324 8812 324 6943875

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	89	5		Carlos Arturo Cabal	Bog
Bachillerato Académico / Técnico / Comercial / Otro	98	6	Bachiller	Manuel Antonio Sanclemente	Bog
Educación Superior: Técnico					
Tecnológico					
Profesional					
Postgrados					

	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios	30	Reentrenamiento vigilancia	AVIPS.
Otros: cursos, diplomados, seminarios	100	Bagro Escolta	AVIPS

¿Cursa estudios actualmente? Si [ ] No [X] — ¿Qué tipo de estudios? — Duración (años, semestres, meses) — Año / semestre que cursa

Nombre de la institución — Horario: Diurno [ ] Nocturno [ ] Fin de semana [ ] A distancia [ ]

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)**

Sistemas Si [X] No [ ] ¿Que programas maneja?	1. word	R	B	MB	3.	R	B	MB					
	2. Excel	R	B	MB	4.	R	B	MB					
Idiomas Si [ ] No [ ] ¿Qué idioma(s) conoce?	1.	Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
		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 SERA CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa: Su Tranquilidad	Actividad Económica	Dirección: Cll 98 # 20-20			Teléfono(s): 3116852840
Cargo(s) desempeñado(s) por usted: Vigilancia y escolta	Área del cargo	Fecha Ingreso: D 01 M 11 A 21	Fecha Retiro: D 31 M 10 A 22	Sueldo Inicial: $ 1.300.000	Sueldo Final: $ 1.380.000
Funciones realizadas: Vigilancia en varios sectores Bog					
Nombre de su jefe inmediato: Liliana Solano		Cargo: Comite Regional			
Logros obtenidos: Ex Nunca choque en 04 ciclos nocturnos.					
Tipo de contrato: Indefinido [ ] Fijo [X] ¿Cuánto tiempo? 1 año	Contrato directo con la empresa [X] Contrato por medio de agencia [ ]	Otro [ ] ¿Cual?			
Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ]	Jornada: Diurna [X] Nocturna [X] Otra jornada [ ]				
Motivo del retiro: Termino de la Obra					

minerva

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Aguila de oro Ltda		Cll 34 A #17-43	6658166

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Vigilante		D 01 M 11 A 19	D 31 M 03 A 21	$ 1170000	$ 1350000

Funciones realizadas: Vigilancia y Seguridad entrada Juliclos Bog

Nombre de su jefe inmediato: Alvin Delgado | Cargo: Coord. operaciones

Logros obtenidos: Experiencia laboral en entidades publicas.

Tipo de contrato Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? | Fijo [X] 1 año | Contrato directo con la empresa [X] | Contrato por medio de agencia [ ] | Otro [ ] ¿Cual?

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] **Jornada:** Diurna [X] Nocturna [X] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: termino de obra.

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Seguridad Sipena Ltda		Cll 10 # 29-135	3115241026

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
vigilante		D 01 M 11 A 18	D 31 M 10 A 19	$ 1.110.000	$ 1.170.000

Funciones realizadas: Vigilancia en zona Judicial Bog

Nombre de su jefe inmediato: Pedro Manuel Gutierrez | Cargo: Cuenta Reciera

Logros obtenidos: Experiencia laboral en entidades públicas

Tipo de contrato Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? | Fijo [X] 1 año | Contrato directo con la empresa [X] | Contrato por medio de agencia [ ] | Otro [ ] ¿Cual?

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] **Jornada:** Diurna [X] Nocturna [X] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: termino de obra

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Samir Carmona	Comerciante	Cra 8 # 11-52	3187023990
2.	Yovana Ibata	Aux. Comercial	Cll 26 # 14B-28	3006242006

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Marlon Valdes	Empleado	Bogotá Cra 124	3246093825
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

C.C. 94491635

minerva

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **94.471.635**

VALDES CHACON
APELLIDOS

HELIO FABER
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-FEB-1977**

BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-ABR-1995 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3102200-00366002-M-0094471635-20120323 0029481916A 1 2931724985



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

TARJETA DE CONDUCTA

El CDTE DEL BATALLON ASPEN

Hace constar que el SLB. VALDES CHACON HELIO FABER

Con Tarjeta de Reservista No. 9447163

Observó EXCELENTE Conducta durante su Servicio Militar Obligatorio prestado en esta Unidad, del 290799 al 060700

TOLEMAIDA 060700
LUGAR Y FECHA

MY. CAICEDO PRADO JOSE
FIRMA Y POSTFIRMA CDTE. UNIDAD

DEBERES DE LOS RESERVISTAS DE PRIMERA CLASE

1. Porte la Tarjeta de Reservista y consérvela en buen estado.
2. Cuando cambie de domicilio preséntese en la Alcaldía, Distrito Militar o Comando de Circunscripción Militar para informar tal hecho.
3. Cuando se decrete la Movilización o llamamiento especial, preséntese en la Unidad Militar más cercana, o al Alcalde del Municipio de su residencia. El incumplimiento le ocasiona sanciones previstas en el Artículo 143 del Código de Justicia Penal Militar.

"SI QUIERES LA PAZ PREPARATE PARA LA GUERRA"

Acta Individual de Grado

INSCRIPCION 04071025

DANE 176111100515

JORNADA DIURNA

UNIDAD DOCENTE " MANUEL ANTONIO SANCLEMENTE "

En la ciudad de GUADALAJARA DE BUGA a los 10 días del mes de JULIO del año 1998 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoría del UNIDAD DOCENTE " MANUEL ANTONIO SANCLEMENTE " Institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media ACADEMICA y autorizada por SECRETARIA DE EDUCACION DEL VALLE DEL CAUCA para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA. SEGUN RESOLUCION No. 0407 DEL 19 DE JUNIO DE 1997

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media ACADEMICA, se procedió a otorgar el TITULO DE

B A C H I L L E R A C A D E M I C O

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

VALDES CHACON HELIO FABER C.C. 94.471.635 BUGA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 002 de fecha JULIO 10 DE 1998 que consta de 26 alumnos que comienza con el nombre de ALEXANDRA ROJAS ROMAN y cierra con el nombre de YEISON DE JESUS CARDONA RICO

firmada y sellada por ROSA MATILDE URIBE DE MEDINA (Rect

y MARIA CENEIDA PIZARRO POTES (Secretar

Dada en GUADALAJARA DE BUGA a los 10 días del mes de JULIO de 19

Firmado y Sellado

UNIDAD DOCENTE
Manuel Antonio Sanclemente
RECTOR

El Rector o Director

C.C. No. 31.136.263 DE PALMIRA

CENTRO DOCENTE
Manuel Antonio Sanclemente
Secretaria
Buga

Secretario(a)

C.C.No. 29.283.254 DE BUGA

DIPLOMA No. 08

La República de Colombia
y en su nombre la

Unidad Docente
"Manuel Antonio Sanclemente"

Guadalajara de Buga - Valle del Cauca
Autorizada por la Secretaría de Educación Departamental según
Resolución No. 0407 del 19 de junio de 1997,

Confiere a

Helio Faber Valdez Chacón

Identificado(a) con C.C. No. 94.471.635 Expedida en Buga

El Título de

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - de la Unidad Docente.

Rector,

Secretario,

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. 04 Diploma No. 08

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 207403306

WEB
17:04:32

Bogotá DC, 15 de octubre del 2022

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) HELIO FABER VALDES CHACON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 94471635:

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 Relacionamiento 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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 15 de octubre de 2022, a las 17:09:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	94471635
Código de Verificación	944716352210151709 30

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

Consulta WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:23:05 PM horas del 15/10/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **94471635**

Apellidos y Nombres: **VALDES CHACON HELIO FABER**

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.

República de Colombia

Ministerio de Defensa Nacional
Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada

ACADEMIA
DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA
AVIPS LTDA

Nit: 900.373.679 - 5

Aprobada mediante Resolucion N 20171300100267 DEL 12 de Diciembre del 2017

Plan Educativo Institucional en Seguridad Privada PEIS aprobado Resolución No. 20184440112937



CERTIFICA QUE:

HELIO FABER VALDES CHACON

Con cédula de ciudadanía No. 94.471.635, asistió y aprobó el curso

REENTRENAMIENTO VIGILANCIA

Expedido en la ciudad de CALI, el 3 de Octubre de 2022

Con una intensidad académica de 30 horas

Representante Legal

Director académico

NCI 102832 **NRO** ECSP2196-J312832

Favor verificar en **www.avips.co**
para más información comunicarse a **avipscali@hotmail.com**
Celular. **Avips nacional. 321 781 2043 - Fijo: (602) 377 1595**
Dir. Cali: Diag. 23 No. 10-28 B/ Colseguros (Autop. Sur Oriental)

AGUILA DE ORO DE COLOMBIA LTDA.
COMPAÑIA DE SEGURIDAD
Resolución Mindefensa 862 del 23 de sept. / 94

"LA COMPAÑIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA
"ÁGUILA DE ORO DE COLOMBIA LTDA."
Nit. 800.236.801-9

CERTIFICA:

El(a) señor(a) VALDES CHACON HELIO FABER identificado con cedula de ciudadanía numero 94471635, laboro en nuestra empresa desempeñando el cargo de VIGILANTE, en los siguientes periodos;

Item	Fecha Ingreso	Fecha Retiro
1	01-nov-19	31-mar-21

La presente se firma en Santiago de Cali a los 31 dias del mes de marzo de dos mil veintiuno (2021)

Atentamente;

ALIER DELGADO DELGADO
Coordinador
Tel 6658166

CERTIFICACIÓN CCS Consejo Colombiano de Seguridad ISO 9001
GC 388

CERTIFICACIÓN CCS Consejo Colombiano de Seguridad ISO 14001
GA 388

CERTIFICACIÓN CCS Consejo Colombiano de Seguridad ISO 45001
GS 1088

SEGURIDAD Superior Ltda

DE CONFORMIDAD CON EL ORDINAL 7 DEL ARTICULO 57 DE CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO
NIT 860.066.946 –6

CERTIFICAMOS QUE

NOMBRE DEL TRABAJADOR	VALDES CHACON HALIO FABER
CEDULA	94471635
FECHA DE INGRESO	01 DE NOVIEMBRE DE 2018
FECHA DE RETIRO	31 DE OCTUBRE DE 2019
CARGO DESEMPEÑADO	GUARDA DE SEGURIDAD
TIPO DE CONTRATO	TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO
MOTIVO DE RETIRO	VOLUNTARIO

La presente certificación se expide a los 27 días del mes de Noviembre del año 2019.

Atentamente,

PEDRO NEL GUTIERREZ PRADO
GERENTE REGIONAL

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800248541
Número Afiliación:	304504
Razón social:	SEGURIDAD DIGITAL LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	94471635
Nombre:	HELIO FABER VALDES CHACON
Fecha Ingreso:	18/11/2022
Salario básico:	1,000,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	6
Centro de trabajo:	6
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	17/11/2022 08:39:43 a.m.

Servicio Occidental de Salud

República de Colombia

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	21 / 11 / 2022 (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
A. Afiliación [ ] B. Novedad [X]

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]
B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen
A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código a registrar por la EPS [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
VALDES	CHACON	HELIO	FABER

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	94.471.635	F [ ] M [X]	03 / 02 / 1977 (D D M M A A A A)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
AXA COLPATRIA	PORVENIR	$ 1.000.000.oo

18. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico
AGUAS DE BUGA CASA 29		3017421004	
Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
BUGA	Urbana [X] Rural [ ]		VALLE DEL CAUCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apelliido	Segundo apelliido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
[ ]		F [ ] M [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
B1			F [ ] M [ ]	D D M M A A A A
B2			F [ ] M [ ]	D D M M A A A A
B3			F [ ] M [ ]	D D M M A A A A
B4			F [ ] M [ ]	D D M M A A A A
B5			F [ ] M [ ]	D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (solo EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN SOS FECHA 21 NOV 2022 Hora: 10:47 AM Cédula Asesor 31322714 Código Asesor 2434

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	COMFANDI BUGA	80725
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
SEGURIDAD DIGITAL LTDA.	NIT	800248541- 0	

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono fijo y/o celular	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 5 # 44-24	318 7079791	info@seguridadigital.co	CALI	VALLE DEL CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN SOS FECHA 21 NOV 2022 Hora: 10:47 AM Cédula Asesor 31322714 Código Asesor 2434

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	Número de documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
		F [ ] M [ ]	D D M M A A A A

42. Fecha	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones
2 1 1 1 M M 2 0 2 2 A A			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.
- [X] 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.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 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.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

X HELIO FABER VALDES CHACON **54. Cotizante , cabeza de familia o beneficiario**	X DIOMER ANDREY ARANGO VALENCIA **55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.**

IX. ANEXOS

- [X] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total: 1
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la superintendencia nacional de salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de radicación
		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 documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

FIRC 006

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

ANEXO AL FORMULARIO DE AFILIACIÓN P.O.S.

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	2	1D	1M	1M	2A	2A	Código Asesor	2434	Sucursal	001	Ciudad/Municipio	CALI

Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar

Fecha de Ingreso a la EPS anterior	D	D	M	M	A	A	A	A	Fecha de retiro a la EPS anterior	D	D	M	M	A	A	A	A

Información de Beneficiarios y Adicionales

	Beneficiario Adicional	Fecha de afiliación al Sistema			Entidad Anterior de Prevención Seguridad Social en Salud o EPS	Código de EPS Anterior	Fecha de ingreso a EPS anterior			Fecha de retiro a EPS Anterior			Dirección de residencia	Puntaje Sisbén
		AAAA	MM	DD			AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o la publicada en la página web:

	SI	NO
1.¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, clara, expresa e informada para dar y/o continuar dando tratamiento a la información relacionada con mis datos personales y los de mis beneficiarios (en caso de afiliaciones PBS). Esta información existe en la base de datos de la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA, quien actúa como responsable del tratamiento de mis datos con la debida confidencialidad, seguridad, legalidad y transparencia en los términos y condiciones señalados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en armonía con su política de tratamiento de datos personales. La información, datos personales, datos privados, datos sensibles y datos públicos suministrados a EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA podrán ser recolectados, almacenados, procesados, usados, suprimidos, actualizados y transmitidos mediante los canales de comunicación previstos por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA (Físicos, digitales, medios magnéticos, aplicativos tecnológicos y otros) para las siguientes finalidades: a) Aseguramiento del riesgo en salud que incorpora la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o tratamiento paliativo de las situaciones de salud que se presenten. b) El suministro y transmisión de información relacionada con el aseguramiento de los riesgos en salud a la red prestadora de servicios de salud (IPS) definida por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA c) Generar mecanismos de comunicación a través de los diferentes canales que dispone la entidad, para mi acceso a los programas de educación, información y recordación tendientes a contribuir a reestablecer y mantener mi condición de bienestar en salud, en conjunto con las IPS. d) Envío de información comercial relacionada con nuevos productos de salud ofrecidos como asegurador. e) Invitaciones a participación de eventos en salud, programas de promoción y prevención. f) Encuestas de satisfacción del servicio; encuestas de nuevos productos. g) Envío de publicaciones y folletos para programas y campañas de salud u ofertas comerciales en salud mediante correo electrónico, físico o mensajes de texto. h) Realización de actualización de datos.

Los datos sensibles que serán tratados por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA corresponden a datos de salud.

De acuerdo al Artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, usted tiene los siguientes derechos: 1) Conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados, 2) Solicitar prueba de autorización, conocer los usos que se han hecho de la información suministrada, cuando así lo solicite el titular, 3) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato suministrado cuando en el tratamiento realizado no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales a favor del titular o en el momento que lo desee, 4) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento, 5) Consultar la Política de Tratamiento de Datos personales a través de la página web www.sos.som.co

El titular de la información suministrada podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica defensordelusuario@sos.com.co o protecciondedatos@sos.com.co o a la línea telefónica 018000938777.

La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, voluntaria y es verídica. Así mismo, expreso que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante X HELIO FABER VALDES CHACON

C.C. No. 94471635

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____

identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes

Firma del Cotizante	Firma del Compañero(a)
C.C No.	C.C No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **94.471.635**

VALDES CHACON
APELLIDOS

HELIO FABER
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-FEB-1977**
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-ABR-1995 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3102200-00366002-M-0094471635-20120323 0029481916A 1 2931724985