minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

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 13 M 11 A 22	Guarda de Seguridad

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Velez Borrero	Miguel Angel
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
D 30 M 09 A 96	Caloto Cauca
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Cra 11# 15-02 Santa barbara	Guadalajara de Buga
Teléfono	**N°. Celular**
	3175524736
Correo electrónico	**Nacionalidad**
Velezmiguel96@gmail.com	Colombiano
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
Guarda de Seguridad	Union libre

Años de experiencia laboral: 4 años

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [x]	No. 1.115088016	(**) Libreta militar No. 1.115.088.016	Primera clase: [X]
Extranjería: [ ]	Expedida en:	Distrito No. 16	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [X]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Guarda de Seguridad con disposicion total frente al aprendizaje adaptabilidad al cambio y sentido de pertenencia institucional Ejecutar funciones de prevension proteccion y vigilancia

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [X] No [ ]	¿En qué empresa? Interglobal seguridad	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato Vacacion
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [ ]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [ ] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] 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? Sí [ ] No [X]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Ludivia Rocha	Teléfono: 3153419410 — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?: 3 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [ ]	Descríbalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ A Convenir
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Sí [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

0839711

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones REV. 05-2019

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
lizeth Damela Martinez	Entrenadora Fisica	The Fenix GIM

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
	Cra 11 # 15-02 santabarbara	3168474755	Buga

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
2	Esposa e hija	26 años / 4 años

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Manuel Velez	Comerciante	3188271777
Cristina Borrero	Ama de Casa	315 3376864

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Paola Andrea Borrero	Ama de Casa	3113117796
Yesenia Velez Borrero	Funcionana publica	3187589223

V. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2007	5	Basica Primaria	I.E Maria Auxiliadora	Buga
Bachillerato Académico [ ] Técnico [X] Comercial [ ] Otro [ ]	2014	6	Bachiller Academico	I Bolivariano del valle	Cali
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
		Reentrenamiento	CISEP
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

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

Nombre de la institución

Horario: Diurno [ ] Nocturno [ ] Fin de semana [ ] A distancia [ ]

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

Sistemas Sí [ ] No [ ] ¿Qué programas maneja?	1. word	R	B	MB	3.	R	B	MB
	2. Excel	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas Sí [ ] No [ ] ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Interglobal Seguridad y vigilancia		Cll 74 # 56-35 Barranquilla	385 3680

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda de Seguridad		D 31 M 10 A 21	D 31 M 10 A 22	$	$

Funciones realizadas: Portena Juzgados de Familia

Nombre de su jefe inmediato: Liliana Zolano — Cargo: Coordinadora

Logros obtenidos:

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [X] Otro [ ] ¿Cuál? — Contrato por medio de agencia [ ]

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

Motivo del retiro: Ucitacion

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO ESTAS DOS HOJAS

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ | Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ | Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	lina velasco	Operaria de aseo	Cra 6E # 12-13	3172327642
2.	Ludivia Rocha	Ama de casa	Cll 15 # 10-70	3153419410

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Yesenia Velez Borrero	Funcionaria Publica	Cll 1CN # 21-28	3187589223
2.	Paola Andrea Borrero	Ama de casa	Jamundi	3113117796

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

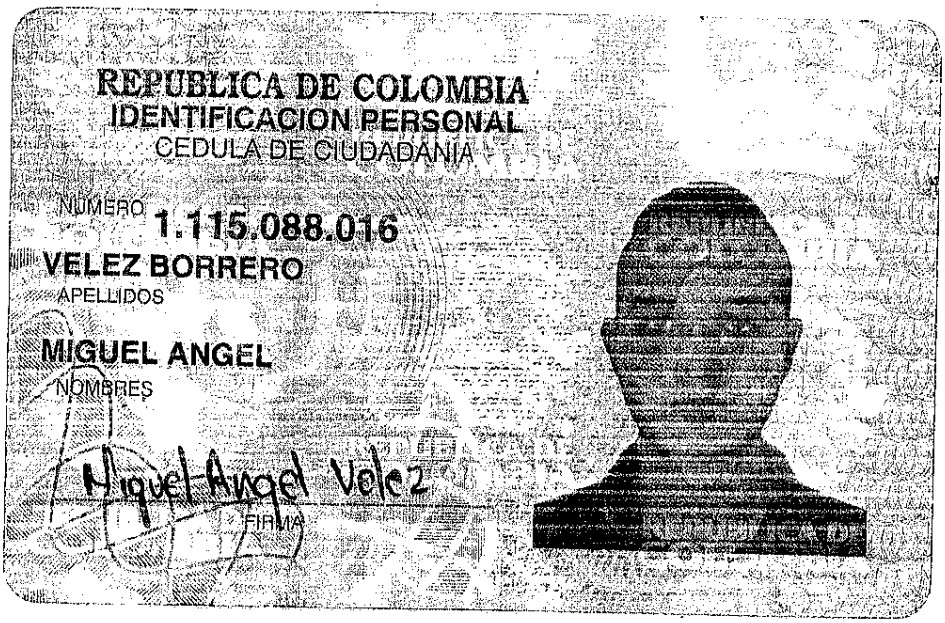
Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

C.C. 1151668000

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD



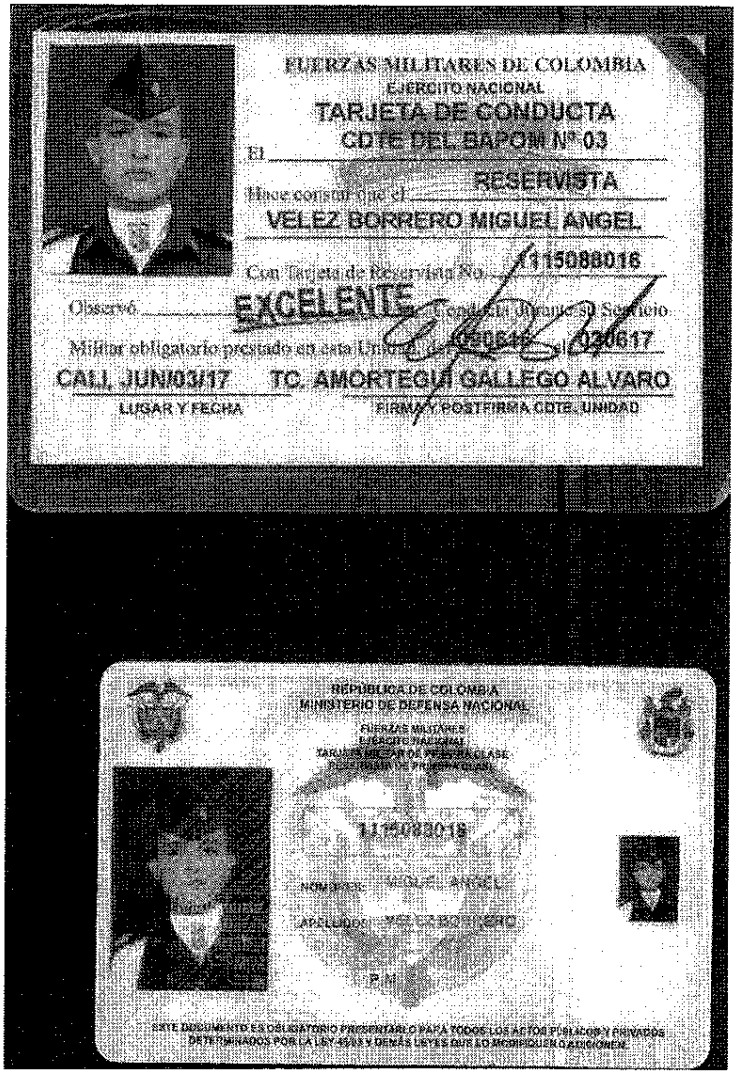
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.115.088.016
VELEZ BORRERO
APELLIDOS
MIGUEL ANGEL
NOMBRES
Miguel Angel Velez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1996
CALOTO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 ESTATURA
A- G.S. RH
M SEXO
14-NOV-2014 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-3702200-00671737-M-1115088016-20150221 0043178793A 1 43346485
ESTADO CIVIL



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
TARJETA DE CONDUCTA
CDTE DEL BAPOM Nº 03
El RESERVISTA
Hace constar que el VELEZ BORRERO MIGUEL ANGEL
Con Tarjeta de Reservista No. 1115088016
Observó EXCELENTE Conducta Durante Su Servicio
Militar obligatorio prestado en esta Unidad del 020618 al 030617
CALI, JUN/03/17 TC. AMORTEGUI GALLEGO ALVARO
LUGAR Y FECHA FIRMA Y POSTFIRMA CDTE. UNIDAD

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
TARJETA MILITAR DE PRIMERA CLASE
CONSCRIPTO DE PRIMERA CUOTA
1115088016
NOMBRES: MIGUEL ANGEL
APELLIDOS: VELEZ BORRERO
FIRMA
ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PUBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 48/93 Y DEMAS LEYES QUE LO MODIFIQUEN O ADICIONEN.

La República de Colombia

y en su nombre, el

DEL VALLE

Formal de estudios

Resolucion Oficial N°4143.2.21.5029 del 27 de Julio de 2011 otorgada por la Secretaria de Educacion Municipal de Santiago de Cali

CONFIERE A:

MIGUEL ANGEL VÉLEZ BORRERO

Identificado(a) con C.C. No.1.115.088.016 de Buga (Valle)

El Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber cursado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional de la institución

Rectora
Lina María Chambueta París
C.C. 66.900.711 de Cali

Secretaria
Adela Cuadrón Salazar
C.C. 1.130.616.350 de Cali

Registrado en el libro No. 02 Folio No. 24 Diploma No. 3504
Dado en Santiago de Cali, a los 21 días del mes de Diciembre de 2.014

...ecreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 3150 del 3 de diciembre de 1...

Instituto Bolivariano Esdiseños del Valle

LICENCIAS DE FUNCIONAMIENTO N° 4143.2.21.11163 DICIEMBRE 28 DEL 2009
4143.2.21.5929 JULIO 27 DEL 2010 / 4143.2.21.5782 JULIO 16 DEL 2009
OTORGADAS POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE CALI

ACTA DE GRADO 031

Acta Individual

En la ciudad de Santiago de Cali (Colombia), a los Veintiún (21) días del mes de Diciembre del año 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduacion de los estudiantes del ultimo grado, las suscritas Rectora y Secretaria del **INSTITUTO BOLIVARIANO ESDISEÑOS DEL VALLE,** institución aprobada en el nivel de educación básica y media académica, autorizada por la Secretaría de Educación Municipal de Santiago de Cali, para otorgar el título de **BACHILLER** en la modalidad **ACADÉMICA,** según Resolución No.4143.2.21.5929 del 27 de Julio de 2010, la cual modifica a la Resolución No.2342 del 21 de Noviembre de 2002, emanada por Secretaria de Educación Departamental. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el **TÍTULO DE BACHILLER ACADEMICO** al graduado cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación.

Miguel Angel Velez Borrero

Identificado (a) con C.C. Nº.1.115.088.016 de Buga (Valle)

Es fiel copia tomada del Acta original No.031 de fecha Veintiún (21) días del mes de Diciembre del año 2014 que consta de 140 alumnos y que comienzan con el nombre de ACHITO MARGARITA MARÍA y se cierra con el nombre de ZORRILLA GARCÍA SEBASTIAN, firmada por **LINA MARIA CHAMBUETA PARIS** (Rectora) y **ADELA GUALDRON SALAZAR** (Secretaria).

Dado en Cali a los Veintiún (21) días del mes de Diciembre del año 2014.

En constancia se firma la presente acta, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en los decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República de Colombia.

LINA MARIA CHAMBUETA PARIS
Rectora
C.C 66.900.711 de Cali

Sra. ADELA GUALDRON SALAZAR
Secretaria
C.C 1.130.616.558 de Cali

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/11/2022 05:00:38 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1115088016** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **46018461** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 domingo 13 de noviembre de 2022, a las 16:28:52, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Nit
No. Identificación	1115088016
Código de Verificación	11150880162211131628 52

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

Generó: WEB

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 domingo 13 de noviembre de 2022, a las 16:14:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1115088016
Código de Verificación	1115088016221113161440

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

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:33:24 PM horas del 12/11/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1115088016**
Apellidos y Nombres: **VELEZ BORRERO MIGUEL ANGEL**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 209348647

WEB
15:25:51

Bogotá DC, 12 de noviembre 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) MIGUEL ANGEL VELEZ BORRERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1115088016:

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 TODAS LAS HOJAS.

ESCUELA DE CAPACI CIÓN Y ENTRENAMIENTO EN VIGILANC Y SEGURIDAD PRIVADA



CISEP
Expertos en Formación

NIT: 900.036.633-2

CONFIERE A

Miguel Angel Velez Borrero

NÚMERO DE DOCUMENTO

1.115.088.016

QUIEN ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO SATISFACTORIAMENTE DE:

Reentrenamiento Vigilancia

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LAS RESOLUCIONES DE CAPACITACIÓN VIGENTES Y PROFERIDAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA

ACASEP

POLICIA NACIONAL
ARMADA A LA PAZ DE APOYO

Cámara de Comercio de Bogotá

CON INTENSIDAD DE 30 HORAS NRO ECSP732-0279714 NRUS 1406174775

10 de Diciembre de 2021
FECHA:

EXPERTOS EN CAPACITACIÓN
DIRECTOR DE ESCUELA

DIRECCIÓN ACADÉMICA
DIRECCIÓN ACADEMICA

Licencia de funcionamiento N° 20211310000002977 de 25/01/2021

SuperVigilancia

ESTE CERTIFICADO ES DIGITAL PARA SU VERIFICACIÓN ACERQUESE O COMUNIQUESE A:
Diagonal 17A Sur No. 53-20 / Piso 2 / Barrio Venecia - Bogotá D.C.
Tel(s): 3057419 - 3057419 cel: 3113381 6047 E-Mail: coordinadoracademico@ciseplta.com
www.ciseplta.com

INTERGLOBAL
SEGURIDAD Y VIGILANCIA LTDA

Protegiendo el presente, construimos futuro.

N.I.T 802006730-5

CERTIFICACION LABORAL

El (a) señor (a) **MIGUEL ANGEL VELEZ BORRERO**, identificado (a) con cedula de ciudadanía número **1.115.088.016,** labora en para esta empresa desempeñando el cargo de **VIGILANTE.**

FECHA DE INGRESO: 01 de NOVIEMBRE de 2021
Tipo de Contrato: Termino Fijo Inferior a Un año.
Salario Básico: $ 1.000.000
Auxilio de Transporte: 117,172
Recargos de ley: 374,556

Para un total de **1.491,728 (UN MILLON CUATROSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE).**

La presente se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de Noviembre de 2022.

En caso de requerir verificación favor llamar o vía whatsapp al 3145811849 o al correo corporativo OFICINA.CALI@INTERGLOBALLTDA.COM

Cordialmente,

LEISNER PINTO GOMEZ
ASISTENTE DE RECURSOS HUMANOS

AGUILA DE ORO DE COLOMBIA LTDA.

COMPAÑIA DE SEGURIDAD

Resolución Mindefensa 862 del 23 de sept. / 94

LA COMPAÑÍA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA
AGUILA DE ORO DE COLOMBIA LTDA.
Nit. 800.236.801-9

HACE CONSTAR QUE:

El(a) señor(a) **VELEZ BORRERO MIGUEL ANGEL**, identificado con cedula de ciudadanía numero **1115088016**, labora en nuestra empresa desempeñando el cargo de **guarda de seguridad**, desde el 01 de noviembre de 2019 hasta la fecha. devenga un salario mínimo legal vigente, más subsidio de transporte, horas extras, recargo nocturno, festivos y dominicales para un promedio mensual devengado de (1.431.000) un millón cuatrocientos treinta y un mil pesos m/cte.

La presente se firma a solicitud del intersado, en Santiago de Cali a los 25 dias del mes de septiembre de dos mil veinte (2020).

Atentamente;

ALIER DELGADO DELGADO
Coordinador

ISO 9001 icontec Internacional Certificado N° SC 1382-1

IQNet

BASC Business Alliance for Secure Commerce CERTIFICADO BASC COL09GA00996

VIGILADO SuperVigilancia R.6053 de 27/06/2012

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 1115088016
Nombre: MIGUEL ÁNGEL VÉLEZ BORRERO
Fecha Ingreso: 16/11/2022
Salario básico: 1,000,000
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 6
Centro de trabajo: 6
Tasa: 4.350
Fecha hora transacción: 15/11/2022 03:11:01 p.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
	18/11/2022

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
VELEZ	BORRERO	MIGUEL	ANGEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.115.088.016	F [ ] M [X]	30/09/1996

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	Teléfono celular	Correo electrónico
CARRERA 11 # 15-22		3168474755	velezmigue96@gmail.com

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. Afiliado adicional (a registrar por la 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	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
D D M M A A A A: 1 8 1 1 2 0 2 2			

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 MIGUEL ANGEL VELEZ **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	1	1	1	2	2	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 [illegible]

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.

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

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante X MIGUEL ANGEL VELEZ

C.C. No. 1115088016

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
C.C No.

Firma del Compañero(a)
C.C No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

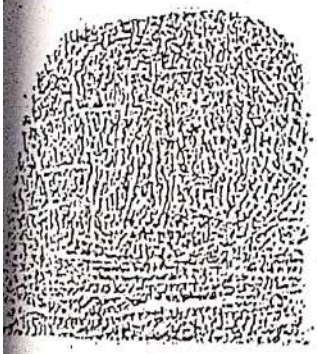
NUMERO 1.115.088.016

VELEZ BORRERO
APELLIDOS

MIGUEL ANGEL
NOMBRES

Miguel Angel Velez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1996

CALOTO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | A- G.S. RH | M SEXO

14-NOV-2014 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-3402200-00671737-M-1115088016-20150221 0043178793A 1 43346485