minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 0003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: D 15 M 11 A 2022 | Empleo o cargo al que aspira: Guarda de seguridad

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante: Villegas Barrios | Nombre(s) del aspirante: Andres Felipe

Fecha de nacimiento: D 14 M 01 A 1990 | Lugar de nacimiento: Roldanillo Valle

Dirección domicilio / Barrio: Manzana C Casa #27 | Ciudad: Roldanillo Valle

Teléfono: 602-2595372 | N° Celular: 3209123492-3209055761

Correo electrónico: Pipe_1420_@hotmail.com | Nacionalidad: Colombiano

Profesión, ocupación u oficio: Guarda de seguridad | (*) Estado civil: Union Libre | Años de experiencia laboral: 5 años

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 1.113.783860 | (**) Libreta militar No. 1.113783860 | Primera clase: [X]

Extranjería: [ ] Expedida en: | Distrito No. 30 | 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 caracterizan en su vida laboral

Ejecutar y Poner en Practica todos mis Conocimientos en el area de guarda de seguridad, Para así ejercer bien mis logros de manera eficiente y Ser Reconocido Por mi gran labor.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [X] No [ ] | ¿En qué empresa? Inter Global | Empleado [X] Independiente [ ] | Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X] | ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X] | Fecha D M A | ¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [X] | Nombre / Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [X] | 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 [X] No [ ] | Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X] | Nombre del arrendador: Rosa Tamayo | Teléfono: | ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 3 años

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X] | Descríbalo e indique su valor mensual: $ 1'200.000 | ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1'000.000

¿Por qué conceptos? Alimentacion, Arriendo, educacion | ¿Cuánto es su aspiración salarial? $ 1'600.000

¿Cuál es su principal afición? Deporte | ¿Practica algún deporte? Sí [X] No [ ] ¿Cuál(es)? Futbol - Voleibol

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

1141569595

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Yelmi Johanna Perea B.	Ama de casa		
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
No. de personas que dependen económicamente de usted	**Parentesco**	**Edades**	
3	Esposa e hijos	31-9-1 años	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)	
Haider Villegas	Independiente	3127321614	
Alba Luca Barrios	Docente	3117290316	
Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria		5°	Primaria.	Normal Superior Jorge Isaacs	Roldanillo
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]		11°	Bachiller	Simón Rodriguez	Roldanillo
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Sí [X] No [ ]	Electriadad domiciliaria.	6 meses	

Nombre de la institución: Sena (virtual) — 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 [X] No [ ] ¿Qué programas maneja?	1. Word	R [X] MB	3. Power Point	R [X] MB
	2. excell	R [X] MB	4. Internet	R [X] MB

Idiomas Sí [X] No [ ] ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
	1. Ingles	R [X] MB	R [X] MB	R [X] MB	[X] 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	$ 1'200000	Juzgado el Dovio	3853680

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda de seguridad	Vigilancia	D 1 M 11 A 21	D 15 M 11 A 22	$ 1'200000	$ 1'200000

Funciones realizadas: Vigilar

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

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro: Terminacion de contrato

minerva

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DE VIDA EN LA PÁGINA WEB DE LA REGISTRADURÍA

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DE VIDA EN LA PÁGINA WEB DE LA REGISTRADURÍA

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Seguridad Superior	1.100000	Cali	3202316569

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
guarda de seguridad	R. Judicial	D 01 M 11 A 20	D 31 M 10 A 21	$ 1.100000	$ 1.100000

Funciones realizadas: Vigilar

Nombre de su jefe inmediato: Jose luis Bentancourt — Cargo: Coordinador.

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro: Terminacion de contrato

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Aguilas de Oro	1'050.000	Cali	3214905211

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
guarda de seguridad	R. Judicial	D 01 M 11 A 19	D 31 M 10 A 20	$ 1.050000	$ 1050.000

Funciones realizadas: Vigilar

Nombre de su jefe inmediato: Pedro Ibarra — Cargo: Supervisor.

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro: Terminacion de contrato

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Milton Fabian Mejia	Independiente	Mzna C casa 6	3173306159
2.	Cristian camilo Parra	Empleado	Calle 3H 8-140	3182162315

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Olga maria Garcia	Ama de casa	Calle 3H 8-140	2595372
2.	Yeimi Johanna Perea	Ama de casa	Mzna C casa 24	3209055761

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. 1.113.493860

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 **1.113.783.860**

VILLEGAS BARRIOS

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-1990**

ROLDANILLO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

14-ENE-2008 ROLDANILLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-3109100-00080941-M-1113783860-20080927 0003794783A 1 26416791

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Primera Clase

NUMERO 1113783860

APELLIDOS Y NOMBRES

VILLEGAS BARRIOS
ANDRES FELIPE



PERTENECE A LA RESERVA DE:

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
31 - DIC	31 - DIC	31 - DIC
2020	2040	2060

FECHA DE EXP 03 MAY 2011 ESP. MILITAR SOLDADO

PROFESIÓN EMPLEADO UM BIVEN

Cr. Víctor Manuel Lozano
Oficial del Ejército

La República de Colombia

Departamento del Valle del Cauca

y en su nombre

Corporación Educativa
« Simón Rodríguez»

Con Reconocimiento Oficial de Estudios No 3060 del 22 de Noviembre de 2.011

Emanada de la Secretaría de Educación Departamental

Otorga a:

Andrés Felipe Villegas Barrios

C.C. 1.113.783.860 de Roldanillo Valle

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado el plan de estudios correspondiente al Nivel de Educación Media según los planes y programas vigentes

Alberto Antonio Ocampo H
C.C. No 6.523.509 de Versalles V.
Rector

Gloria Stella Ocampo H
C.C. No 29.926.227 de Versalles V
Secretaria Academica

Libro No 01 Folio No 14 Diploma No 772012

Dado en Roldanillo Valle a los 30 días del mes de Noviembre de 2012

Artículo 11 del decreto 1860 del 3 de agosto de 1994

Ministerio de Educación Nacional

CORPORACIÓN EDUCATIVA
SIMÓN RODRÍGUEZ

Compromisos con la potencialización del ser humano

Acta de Grado

Corporación Educativa

"Simón Rodríguez"

Inscripción Secretaría de Educación Dane No 376001028472

En Roldanillo Valle, a los 30 días del mes de Noviembre del 2.012 se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos del último año los suscritos Rector y Secretaria Académica, en la rectoría de la Corporación Educativa Simón Rodríguez, institución aprobada en el Nivel de Educación Básica y Media Académica, por ciclos lectivos integrados (decreto 3011) y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental del Valle del Cauca, para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, Con reconocimiento oficial de estudios No 3060 del 2 de Noviembre de 2011

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los niveles correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgarle el Título de:

Bachiller Académico

al Graduando cuyo nombre, apellidos y número de identificación se relaciona a continuación.

Villegas Barrios Andrés Felipe

C.C. 1.113.783.860 de Roldanillo Valle

Es fiel Copia del Acta original No 02 de fecha 30 de Noviembre de 2012 que consta de 77 alumnos que comienza con el nombre de Acevedo Yenoy Johana y cierra con el nombre de Villegas Barrios Andrés Felipe

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7º del decreto 180 de 1981 y el decreto 921 de 1994

Firmada y Sellada por Alberto Antonio Ocampo Hoyos (Rector) y Gloria Stella Ocampo Hoyos (Secretaria Académica)

Dada en Roldanillo Valle a los 30 días del mes de Noviembre de 2.012

Alberto Antonio Ocampo Hoyos
C.C. No 6.283.302 de Yotoco V.

Gloria Stella Ocampo Hoyos
C.C. No 29.952.227 de Yotoco V.

Diploma No 11/2012

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:52:17 AM horas del 14/11/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1113783860**

Apellidos y Nombres: **VILLEGAS BARRIOS ANDRES FELIPE**

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.

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 lunes 14 de noviembre de 2022, a las 07:58:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1113783860
Código de Verificación	111378386022111407584 5

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

ESCUELA DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA

CISEP LTDA.
Expertos en Formación

NIT: 900.036.633-2

CONFIERE A

Andres Felipe Villegas Barrios

NÚMERO DE DOCUMENTO

1.113.783.860

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 AFILIADA A LA RED DE APOYO

Cámara de Comercio de Bogotá

CON INTENSIDAD DE 30 HORAS NRO ECSP732-0279732 NRI CIS_1406174793

10 de Diciembre de 2021
FECHA:

EXPERTOS EN CAPACITACIÓN
DIRECTOR DE ESCUELA

DIRECCIÓN ACADEMICA
DIRECCIÓN ACADEMICA

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

SuperVigilancia

ESTE CERTIFICADO ES DIGITAL PARA SU VERIFICACIÓN ACERQUESE O COMUNIQUESE A:

Diagonal 47A Sur No. 53-20 / Piso 2 / Barrio Venecia - Bogotá D.C.
Tel(s): 8057116 - 8057119 Cel: 314 381 6047 - E-Mail: coordinadoracademico@cisepltda.com
www.cisepltda.com

INTERGLOBAL
SEGURIDAD Y VIGILANCIA LTDA

Protegiendo el presente, construimos futuro.

N.I.T 802006730-5

CERTIFICACION LABORAL

El (a) señor (a) **ANDRES FELIPE VILLEGAS BARRIOS**, identificado (a) con cedula de ciudadanía número **1113783860,** 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 21 días del mes de Octubre 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

International Code of Conduct Association ICoCA
ISO 9001
World BASC Organization, INC.
CCS Consejo Colombiano de Seguridad
RUC® Registro Uniforme para Contratistas
OPR Organización de Protección Reconocida Licencia No. 009 DIMAR

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 1113783860
Nombre: ANDRES FELIPE VILLEGAS BARRIOS
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 05:14:09 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
	21 / 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
VILLEGAS	BARRIOS	ANDRES	FELIPE

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.113.783.860	F [ ] M [X]	14/01/1990

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 # 15-02		3209123492	pipe_1420@hotmail.com

Municipio/Distrito	Zona		Localidad/Comuna	Departamento
CALI	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 (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 SAN NICOLAS	00009
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	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 FELMA 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 ANDRES FELIPE VILLEGAS **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
	D	D	M	M	A	A						

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 w

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.

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

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante X ANDRES FELIPE VILLEGAS

C.C. No. 1113783860

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 **1.113.783.860**

VILLEGAS BARRIOS

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-1990**

ROLDANILLO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

14-ENE-2008 ROLDANILLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-3109100-00080941-M-1113783860-20080927 0003794733A 1 26416791