HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante: Antury Hernandez	Nombre(s) del aspirante: Alirio
Fecha de nacimiento: D 12 M 06 A 1977	Lugar de nacimiento: San Jose del Fragua, Caqueta
Dirección domicilio / Barrio: MZ H Casa #5 B/Bello Horizonte	Ciudad: Florencia
Teléfono:	N°. Celular: 3156074828
Correo electrónico: anturyalirio@gmail.com	Nacionalidad: Colombiano
Profesión, ocupación u oficio: Desempleado.	(*) Estado civil: Soltero
	Años de experiencia laboral: 7 años.

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 16786820	(**) Libreta militar No. 2870776	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ] Expedida en: Florencia	Distrito No. 43	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [ ]	Licencia de conducción No. / Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy bachiller cuento con buena actitud me considero una persona responsable con iniciativa y puntualidad asumo con agrado los retos y retos para trabajar en equipo

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿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? [X] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 800000
¿Por qué conceptos? Alimentos. Servicio producto ASEO			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ MINIMO
¿Cuál es su principal afición? trabajar	¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Sí [ ] No [X]		

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

10701634

© 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	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
No. de personas que dependen económicamente de usted: 2	Parentesco: padre - madre	Edades: 66 - 75	
Nombre(s) padre(s): ALBAN ANTURY GUEVARA	Profesión, ocupación u oficio: COMERCIO	Teléfono(s): 3209822073	
Rosa Elena Hernandez	Ama de casa	3115993244	
Nombre(s) hermano(s): NORFY ANTURY HERNANDEZ	Profesión, ocupación u oficio: Ama de Casa	Teléfono(s): 3214629168	
Elbar ANTURY HERNANDEZ	independiente	3186027585	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]	2006	6	Secundaria	instituto INFOMPH	Florencia
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
		Fundamentacion	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria: 30	Nombre del programa: Reentrenamiento	Institución: ATS

¿Cursa estudios actualmente? Si [ ] No [ ]	¿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 domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí [ ] No [ ] ¿Qué programas maneja?	1.	R B MB	3.	R B MB			
	2.	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)
COLVISEG		CR 20 66 15	3124783468

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Vigilante movil		D 30 M 03 A 21	D 17 M 09 A 21	$	$

Funciones realizadas: vigilante movil pasaba ronda por todas instalaciones de CorpoAmazonia

Nombre de su jefe inmediato: _____ Cargo: _____

Logros obtenidos: _____

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

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

Motivo del retiro: _____

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)
-TeluviGilANCia		Calle 14 No. 4-60	4352604

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

Funciones realizadas: vigilan ti movil por cuba rondas en la instalaciones

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
		D M A	D M A	$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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.	Frank Steven	Guarda seguridad	Rincon. del porvenir	3227719327
2.	Yilli Andrea Barojas	independiente	B/Bello Horizonte	3154960588

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Rosa Elina Hernandez	Ama de Casa	Bello Horizonte	3115493244
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐ 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. 1618682 9

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

minerva

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **16.186.829**

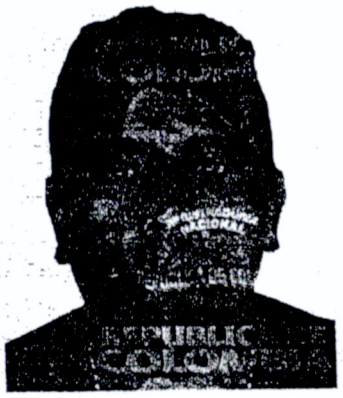
ANTURY HERNANDEZ

APELLIDOS

ALIRIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **12-JUN-1977**

SAN JOSE DEL FRAGUA
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

27-JUL-1998 FLORENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4400100-01301572-M-0016186829-20220606 0079665963A 2 8504834154

REPUBLICA DE COLOMBIA



PROFESION

FECHA DE EXP 17 MAY 2011

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

3878176

EJ CPK 385

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 213688089

WEB
08:13:47

Bogotá DC, 17 de enero del 2023

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) ALIRIO ANTURY HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 16186829:

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.

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 martes 17 de enero de 2023, a las 08:12:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	16186829
Código de Verificación	16186829230117081242

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 08:11:57 AM horas del 17/01/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **16186829**
Apellidos y Nombres: **ANTURY HERNANDEZ ALIRIO**

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

La República de Colombia y en Su Nombre

Instituto Para La Formación y Proyección de Talento Humano

INFORPH

De

Florencia Caquetá

Autorizado Por La Secretaria de Educación y Cultura Municipal
Segun Resolución Nº. 0839 del 30 de Noviembre de 2004

Confiere a:

Alirio Anturi Hernández

C.C. 16.186.829 de Florencia (Caquetá)

El Titulo de

Bachiller Académico 2006

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media, según los planes y programas vigentes en el Proyecto Educativo Institucional y el Decreto 3011 de 1996.

Secretaria de Educación y Cultura Municipal
INSTITUTO PARA LA FORMACIÓN Y PROYECCIÓN DE TALENTO HUMANO

I N F O R P H

FLORENCIA CAQUETÁ

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Florencia Caquetá, a los 02 días del mes de Diciembre de 2006, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último ciclo, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Instituto para la Formación y Proyección de Talento Humano "INFORPH". Acreditado en el nivel de educación media y autorizado por la Secretaria de Educación y Cultura Municipal para otorgar el título de Bachiller, Según Resolución No. 0839 del 30 de Noviembre de 2004

Comprobada la situación legal y académica del estudiante, que curso y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Titulo de:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres y apellidos se relacionan a continuación

ALIRIO ANTURI HERNÁNDEZ
C.C. 16.186.829 de Florencia (Caquetá)

Es fiel copia tomada del original del acta No. 008 de fecha 02 de Diciembre del año 2006, consta de (130) graduados, comienza, **ANACONA CALDERÓN FELIPE** y cierra: **YUSTES MARIN JHON JAIRO**.

Firmado por el Esp. MANUEL RAMÍREZ ESPINOSA, Rector y RULVER PERILLA MARTÍNEZ, Secretario.

Dada en Florencia Caquetá, a los 04 días del mes de Diciembre del año 2006.

Esp. **MANUEL RAMÍREZ ESPINOSA**
C. C. 17.648.963 de Florencia
Rector

RULVER PERILLA MARTÍNEZ
C. C. 17.643.779 de Florencia
Secretario

Colviseg Colombiana De Vigilancia Y Seguridad Limitada
CR 20 66 15
BOGOTA D.C. - Colombia

Colviseg Colombiana De Vigilancia Y Seguridad Limitada

860090721 - 7

HACE CONSTAR QUE

Que el(la) señor(a) Alirio Antury Hernandez , identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 16186829, laboró en esta compañía desde el 30/03/2021 hasta el 17/09/2021, desempeñándo el cargo de Vigilante, mediante un contrato a término obralabor, devengando un salario básico mensual de $908,526 PESOS M/Cte, mas auxilio de transporte de $106,454 PESOS M/Cte, mas un promedio del último trimestre de horas extras, recargos y otros devengos por la suma de $394,376 PESOS M/Cte y auxilios no salariales por valor de $0

El presente certificado se expide a solicitud del interesado en Bogotá el 08/10/2021.

Dando cumplimiento al Decreto No. 1562 de 2019 esta carta es validada para el retiro de las cesantías

Este documento fue expedido sin errores, ni enmendaduras

Cordialmente,

Director (a) de Talento Humano Colviseg Ltda

Este certificado fue generado de forma virtual, no contiene firma digital, su autenticidad podrá ser verificada vía telefónica de lunes a viernes de 02:00 a 05:00 p.m.

Impreso por Avancys ERP http://www.avancys.com

TELEVIGILANCIA
Protección Seguridad

TELEVIGILANCIA LTDA.
NIT. 800.237.731-6
Lic. De Fun. No. 20141200056157
13/06/2014 - Sup. Vig. Privada
Ministerio de Defensa Nacional
www.televigilancia.com.co

EL SUSCRITO JEFE OPERATIVO Y DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que el señor **ANTURY HERNANDEZ ALIRIO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.186.829 expedida en Florencia - Caquetá, laboro en la compañía desempeñando el cargo de **GUARDA DE SEGURIDAD**, durante el periodo comprendido del 03 de Enero al 31 de Diciembre de 2019.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Dado en Florencia Caquetá, a los Tres (03) días del mes de Enero de 2020.

MANUEL SANTIAGO BERMEO P.

República de Colombia

Ministerio de Defensa Nacional

Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada

ACADEMIA DE ESTUDIOS TÉCNICOS EN SEGURIDAD LTDA.

Licencia renovada segun Resolucion Supervigilancia No. 20151400072767 de 23 de Noviembre de 2015
Prorrogada mediante resolucion 20204440014087 del 14 de abril de 2020

CERTIFICA QUE:

ALIRIO ANTURY HERNANDEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 16.180.829, asistio a la

CAPACITACIÓN EN:

DECALOGO Y MANEJO SEGURO DE ARMAS

Llevado a cabo en la ciudad de FLORENCIA los dias 12 Y 13 de Agosto de 2021
Con una intensidad horaria de 12 horas

con toda seguridad
ACADEMIA
DE ESTUDIOS TECNICOS
EN SEGURIDAD LTDA

Consultar Diploma en www.atsacademia.com o al PBX: 7 635 0050

Instruyendo Futuro
con toda seguridad

República de Colombia

Ministerio de Defensa Nacional

Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada

ACADEMIA DE ESTUDIOS TÉCNICOS EN SEGURIDAD LTDA.

Licencia renovada según Resolución Supervigilancia No 20151400072767 de 23 de Noviembre de 2015
Prorrogada mediante resolución 2020 4440014087 del 14 de abril de 2020

CERTIFICA QUE:

ALIRIO ANTURY HERNANDEZ

con Cédula de ciudadanía No. 16 [illegible] 829, asistió y aprobó el curso

REENTRENAMIENTO VIGILANCIA

Expedido en la ciudad de FLORENCIA el 27 de Agosto de 2022
Con una intensidad académica de 30 horas

GERENTE GENERAL

DIRECTOR ACADÉMICO

Número SVSP: [illegible]

Número Interno: [illegible]

ANDEVIP FENALCO

Consultar Diploma en www.atsacademia.com o al PBX 7 635 0050

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800237731
Número Afiliación:	213190
Razón social:	TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURID

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	16186829
Nombre:	ALIRIO ANTURY HERNANDEZ
Fecha Ingreso:	26/01/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	R4
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	25/1/2023 9:49:41 AM

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALIRIO ANTURY HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.186.829**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3024076355418
Fecha de radicación 25/01/2023

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ANTURY	HERNANDEZ	ALIRIO	
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	16186829	Femenino [ ] Masculino [X]	12/06/1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
06 - Otros	Ninguna		0,00	

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC
14-4: AXA Colpatria	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.160.000

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
MZ 2 H CS 5 BR BELLO HORIZONTE		3156074828	anturyalirio@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
FLORENCIA	Urbana [X] Rural [ ]		CAQUETÁ

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	HOSPITAL COMUNAL MALVINAS CAQUETA - AVENIDA CIRCUNVALAR	36

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
TELEVIGILANCIA LTDA	NI800237731	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 14 N 4 60 BR PORVENI	6084352604	personalflorencia@televigilancia.com.co	FLORENCIA	CAQUETÁ

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [X] 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 la 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 de trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3024076355418

Fecha de radicación 25/01/2023

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
26/01/2023			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

Alirio Antury Hernandez
El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Juan Carlos Gonzalez D.
El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

VIGILADO Supersalud

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia de documento de identidad — CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC — Cantidad: ____ Total ____
- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
						30/08/2022

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:SANDRA MILENA SANCHEZ CHACON, Asesor:Gloria Arboleda, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:gloriaarboleda@asmetsalud.org.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:
Url: https://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO

Sede Administrativa Carrera 11 No. 9-24 - Tel. 114
Centro Multiple de Servicios Transv. 9a Calle (Av. Roberto Cardozo)
e-mail Atención al Usuario: atencionalusuario@comfaca.com
Teléfono: 4356300
www.comfaca.com

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE: Marque con un X según el tipo de novedad	Inscripción del trabajador	X
	Adición personas a cargo	

TIPO DE AFILIADO												
Dependiente		Servicio Doméstico		Madre Comunitaria		Taxista		Facultativos			
Trab. Independiente 2%		Trab. Independiente 0,6%		Pensionados 0,6%		Pensionados 2%		Pensionado 0%		Fidelidad	

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social de la Empresa:	TELEVIGILANCIA LTDA.	Nit.	800.237.731-6
Suoursal:	Teléfono 435-2604	Cuidad: FLORENCIA	Correo Electrónico (Obligatorio) gerenciaflorencia@televigilancia.com.co

2. DATOS DEL TRABAJADOR

No. Identificación	C.C. X	C.E.	Celular:	Correo Electrónico
1.186.829	PAS.	T.I.	3156074828	

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Anury	Hernandez	Albio

Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado civil	Tipo de Contrato
1977 06 12	X M I	U.L. CAS. DIV. SEP. VIU. SOL X ND	Fijo X Ind Parcial

Fecha de Ingreso a la Empresa	Salario	Gana Comisión	Ocupación
2023 01 26	$ 1'160.000=	SI NO X	Guarda de Seg.

Horas trabajadas diarias	Dirección lugar donde desarrolla su labor:	Barrio	Ciudad	
	Palacio de Justicia	7 de Agosto	Florencia	X R

Usted labora en otra empresa		Cual?	
	SI NO X		

Dirección del Trabajador	Barrio	Ciudad	
Manz. 24 Casa 14 J	Bello Horizonte	Florencia	X R

NIVEL DE ESCOLARIDAD		Básica		Media		Secundaria Adultos		Técnico/Tecnológico		Posgrado/Maestría	
		Secundaria	X	Básica Adultos		Media Adultos		Profesional Univ.		Ninguno	No Disp.

Presenta Alguna Discapacidad? SI NO X Cual? / Tipo de Vivienda - Propia Familiar X Arrendada Hipoteca

3. FACTOR DE VULNERABILIDAD

Desmovilizado o Reinsertado		Victima conflicto armado (no desplazado		Desplazado		Ejercicio del trabajo Sexual	
Hijo(as) de madres cabeza de familia		Cabeza de familia		Hijo (as) de desmovilizados o Reinsertados		Damnificado dvsastre natural	
Población Zonas Fronteras(nacionales)		Población Migrante		En condición de discapacidad		No Aplica	X

4. PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano		Indígena		Raizal Del Archipiélago De San Andrés	
Comunidad Negra		Palenquero		Room/gitano	
No se auto reconoce en ninguno de los anteriores	X			No Disponible	X

5. ORIENTACION SEXUAL

Heterosexual	X	Bisexual	
Homosexual		No Disponible	

6. DATOS DE LA CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

No. Identificación	C.C.	C.E.	Celular:	Correo Electrónico
	PAS.	T.I.		

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres

Fecha de Nacimiento	Sexo			Ocupación
	H	M	I	

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad	U R

Nombre de la Empresa donde Trabaja	Ingresos Mensuales $	Recibe Subsidio? SI NO

7. DATOS DEL PADRE O DE LA MADRE FUERA DE LA UNIÓN

No. Identificación	C.C.	C.E.	Celular:	Correo Electrónico
	PAS.	T.I.		

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad	U R

8. DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO

Tipo de Doc			Numero de Documento	Nombres Completos de los Hijos, Padres, o Hermanos (Que dependan económicamente del Trabajador)			Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco			
RC	T.I.	C.C.		1er. Apellido	2do. Apellidos	Nombres	F	M	AÑO	MES	DIA				

COMFACA
AFILIACIÓN Y REGISTRO
Huella
Firma
Parentesco
Grupo
28 ENE 2023
FIRMA:
HORA:
APORTES Y SUBSIDIO

9. OBSERVACIONES

2 Empleados

DECLARACIÓN JURADA
Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada, así como los documentos adjuntos es verídica y se entenderá presentada bajo la gravedad de juramento con su suscripción. Autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones correspondientes.

FIRMA DEL TRABAJADOR

AUTORIZACIÓN PARA USO DE LA INFORMACIÓN
En cumplimiento de la ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar del Caquetá, haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "datos sensibles" de acuerdo con la política de tratamiento de datos Personales que se encuentra en la página web de Comfaca www.comfaca.com.

FIRMA DEL TRABAJADOR SI X NO

FIRMA EMPRESA FUNCIONARIO COMFACA FIRMA TRABAJADOR

Copia Superintendencia

TELEVIGILANCIA Protección Seguridad	ENTREGA DE DOTACIÓN	CODIGO:	HUM-FOR-006
		VERSION:	03
		VIGENCIA:	29-feb-16

CONTRATO: PALACIO DE JUSTICIA

CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

NOMBRE COMPLETO: ANTURY HERNANDEZ ALIRIO

CC: 16,186,829

PRENDA O ELEMENTO	1er. ENTREGA		2da. ENTREGA		3er. ENTREGA		TOTAL
	UDS	TALLA	UDS	TALLA	UDS	TALLA	
BOTAS DE MATERIAL	1	39					
BOTAS DIELECTRICAS Y CON PUNTERA							
BOTAS MOTORIZADO							
BOTAS DE CAUCHO							
BUSO TIPO POLO _____ CAMISA TECNICOS_____							
CAMISA CON NORMA CABALLERO Manga Larga X Corta _____	2	L					
CAMISA CON NORMA DAMA							
CALZADO DAMA							
CORBATA	1	—					
CHAQUETA							
CHAPUZA							
CHALECO ANTIBALA							
CARNÉ: A:R:L _____ SEGUR. _____							
EQUIPO DE LLUVIA - IMPERMEABLE CARPA:_____ 2 PIEZAS_____							
FORRO DE CHALECO ANTIBALAS							
KEPIS:____ GORRA: X	1	—					
OVEROL CON NORMA							
OVEROL SUPERVISOR (Dos piezas)							
PANTALÓN JEAN							
PANTALÓN CON NORMA CABALLERO	2	34					
PANTALÓN CON NORMA DAMA							
PLACA							
PORTA TONFA							
REATA	1	—					
TONFA							
UNIFORME ANTIFLUIDOS 2 PIEZAS							
OTROS:							

1er. ENTREGA

FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA: 25-ENERO-2023

2da. ENTREGA

FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA:

3ra. ENTREGA

FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA:

El trabajador manifiesta que:
La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.
El trabajador autoriza expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

Atentamente,

_____ (Firma del Trabajador)

c.c. 16186829



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Alirio Antury Hernandez	16186829	11492
Empresa:	TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURIDAD	**Fecha Nacimiento:**	12/06/1977
Direccion:	MANZ H CASA 5 BELLO HORIZONTE		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
52557	Masculino	45	Años	Soltero	10 - 11 (Media Tecnica)	FLORENCIA	19/01/2023 08:11:03

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	ASMET SALUD	**A.R.L.:**	AXA COLPATRIA	**Cargo:**	GUARDA DE SEGURIDAD
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE IV		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☑ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, OPTOMETRIA.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

USO DE FORMULA OPTICA PARA ACTIVIDADES DE VISION CERCANA. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. SE RECOMIENDA DISMINUIR LA EXPOSICION A MOVIMIENTOS REPETITIVOS O POSICIONES FORZADAS. SE RECOMIENDA EN ESPACIOS EXTRALABORALES DE ESPARCIMIENTO: DESCANSAR Y RELAIZAR ACTIVIDADES DE DISPERSION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. CUMPLIR CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA COVID 19. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

Autorizo al (a la) doctor(a)•abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Tue Jan 2023 01:10:23 06:58:29

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM: Registro Mèdico 1049622905
Licencia 00341 de 2019

19/01/2023 09:53:51

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Thu Jan 2023 01/19/23 07:17:55

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION & SEGURIDAD

NIT. 800.237.731-6

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE UNA OBRA O LABOR CONTRATADA No.

NOMBRE DEL EMPLEADOR:	DIRECCION DEL EMPLEADOR:
TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURIDAD	CALLE 6C NO, 17-81 NEIVA
NOMBRE DEL TRABAJADOR Y CEDULA	DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR
ANTURY HERNANDEZ ALIRIO C.C. 16.186.829	MANZ. 2H CASA #5 B/ BELLO HORIZONTE
LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD:	CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑARA EL TRABAJADOR:
COLOMBIA SAN JOSE DEL F. (CQTA) 12-JUNIO- 977	GUARDA DE SEGURIDAD
SALARIO: 1.160.000 Mínimo legal vigente + AUX TRANSPORTE	PERIODO PAGO: Mensual
FECHA DE INICIACIÓN DE LABORES:	OBRA O LABOR CONTRATADA:
26 ENERO 2023	PRESTACION DE SERVICIO DE VIGILANCIA CELEBRADO ENTRE UNION TEMPORAL RAMA HUILA 22-23 JM Y LA RAMA JUDICIAL

Entre EL **EMPLEADOR y EL TRABAJADOR**, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO:** Prestación de los servicios personales por parte del trabajador al empleador como **GUARDA DE SEGURIDAD** En el lugar previamente indicado por este último. **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR** contrata los servicios personales del TRABAJADOR y éste se obliga: a) A poner al servicio del EMPLEADOR toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las instrucciones que le imparta EL EMPLEADOR directamente o a través de sus representantes. b) A no prestar directa ni indirectamente servicios labores a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato; c) A guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo. Y d) Cuidar y conservar con suma diligencia los elementos y bienes de la Empresa y terceros entregados en custodia para su vigilancia y responder por la perdida y deterioro parcial o total de los mismos, derivados por el incumplimiento de las funciones encomendadas Pen este contrato. **TERCERA: REMUNERACION.** EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios una asignación mensual conforme a la Ley por periodos vencidos, previa cancelación por parte de la persona natural o jurídica con quien se haya celebrado el contrato principal. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los Capítulos I, II y III del Título VII del C.S.T. Se aclara y se conviene que en los casos en. los que EL TRABAJADOR devengue comisiones o cualquiera otra modalidad de salario variable, el 82.5% de dichos ingresos, constituye remuneración de la labor realizada, y el 17.5% restante está destinado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos de que tratan los Capítulos I y II del Título VIII del C.S.T. **CUARTA: DESCUENTOS.** El trabajador faculta al empleador para que descuente de sus salarios, prestaciones sociales y demás emolumentos laborales, las

sumas que tiene que cancelar por el incumplimiento de la obligación del trabajador consagrada en el numeral "d" del artículo PRIMERO de este contrato. **QUINTA: TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y/O FESTIVO.** Todo trabajo suplementario o en horas extras o en horas nocturnas o en días domingos o festivos en los que legalmente se debe conceder descanso, se remunerará conforme a la Ley, así como los correspondientes recargos nocturnos. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, nocturno, dominical o festivo, EL EMPLEADOR o sus representantes deberán haberlo autorizado previamente y por escrito. EL EMPLEADOR, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario, o trabajo nocturno o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente **SEXTA: JORNADA DE TRABAJO. EL TRABAJADOR** se obliga a laborar la jornada máxima legal en los turnos y dentro de las horas señaladas por el EMPLEADOR, pudiendo hacer estos ajustes o cambios de horarios cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes y por la naturaleza de la labor podrá ampliarse la jornada laboral sin que constituya trabajo suplementario o de horas extras conforme lo establece el Articulo 155 del Código Sustantivo de Trabajo; podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el Art. 164 del C.S.T., modificado por el Art. 23 de la Ley 50/90, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de las misma, según el Art. 167 ibídem. **SÉPTIMA: DURACIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra o labor contratada, mientras subsistan las causas que le dieron origen y la materia del contrato. **OCTAVA: PERIODO DE PRUEBA.** Los primeros dos (02) meses a la iniciación del presente contrato se consideran como periodo de prueba y por consiguiente, cualquiera de las partes podrá darlo por terminado unilateralmente en cualquier momento durante dicho período, sin que se cause indemnización alguna. **NOVENA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en los Arts. 61 y 62 del C.S.T., EL TRABAJADOR podrá dar por terminado el presente contrato mediante aviso escrito al EMPLEADOR con antelación no inferior a treinta (30) días. En caso de no dar el TRABAJADOR el aviso al empleador o darlos parcialmente, deberá cancelar a este último una indemnización equivalente a treinta (30) días de salario o proporcional al tiempo faltante, deducible de sus prestaciones sociales. Además, son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por parte del EMPLEADOR, las siguientes faltas que para efecto se califican como graves: a)La violación por parte del TRABAJADOR, de cualquiera de sus obligaciones legales contractuales o reglamentarias; b) La no asistencia puntual al trabajo por dos veces o más, dentro de un mismo mes calendario o negarse a prestar un turno, salvo casos de fuerza mayor debidamente comprobados por el EMPLEADOR o sus representantes; c) La ejecución por parte del TRABAJADOR de labores remuneradas al servicio de terceros sin autorización del EMPLEADOR; d)La revelación de secretos e información reservada de la empresa, del EMPLEADOR y del lugar donde desarrolle la labor; e)Las repetidas desavenencias con sus compañeros de trabajo; f)La asistencia al trabajo en estado de embriaguez, alicoramiento o en estado no apto para ejercer sus funciones; g)El consumo de bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aún por primera vez; h)La utilización y porte del uniforme distintivo del servicio, placas y arma de dotación en oportunidades

distintas al servicio y en lugares de expendio de licores, i)El abandono del sitio de trabajo sin la autorización del EMPLEADOR o su representante, j)La inasistencia o llegada tarde a los turnos asignados; k)La solicitud de dadivas o prebendas de terceros para el desempeño de sus labores, l)La ejecución de actos obscenos o inmorales dentro o fuera del sitio de trabajo y que afecte directa o indirectamente al EMPLEADOR o a sus representantes, m)La negativa a rendir los informes solicitados por el EMPLEADOR o dentro de los términos fijados, n)El porte de armas o elementos de cualquier tipo, ajenos a los asignados por el EMPLEADOR para el desempeño de sus labores, o)El uso indebido dentro o fuera del servicio del arma de dotación, de la credencial, placas o distintivos que lo acreditan como vigilante al servicio del EMPLEADOR, p)Permitir la entrada o permanencia de personas extrañas en las dependencias puestas bajo su cuidado o la salida de bienes y objetos de las mismas dependencias o del sitio de trabajo, q)Impedir o entorpecer la inspección o supervisión de los coordinadores o supervisores, representantes del EMPLEADOR en el lugar de trabajo. **DÉCIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL ESPECIAL.** Son también justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, sin lugar a indemnización las siguientes: a) La solicitud del F.2, DAS, POLICIA NACIONAL o de cualquier otra autoridad, del retiro del TRABAJADOR DE LA PRESTACION DEL SERVICIO, b) La terminación del contrato de vigilancia suscrito entre el EMPLEADOR y un tercero, o la disminución de puestos requeridos por el tercero en virtud del contrato; y para cuya labor fue contratado el TRABAJADOR. Se entenderá por terminada la labor contratada así como las causas que dieron origen al contrato materia del trabajo; c) La solicitud verbal o escrita por parte del tercero contratista con quien se ejecuta la labor **DÉCIMA PRIMERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR.** Son obligaciones contractuales y especiales del TRABAJADOR las siguientes: a) Evitar fuera de las horas de trabajo actividades que afecten su salud e impidan la prestación eficiente del servicio, b)manejar y cuidar con diligencia los bienes, elementos y armas encontradas a su cuidado, c) Conservar y restituir salvo el deterioro natural de los elementos y objetos de dotación, d)Informar al empleador toda circunstancia que sea de su interés o que tenga que ver con el desarrollo del objeto del servicio contratado, e)devolver al EMPLEADOR al momento de la terminación del contrato de trabajo el uniforme, la gorra, la placa, el arma de dotación y su salvoconducto, vehículos, municiones, y todos los elementos de dotación asignados para el ejercicio de su labor, f)responder patrimonialmente ante el empleador, patrimonialmente por los perjuicios causados por la revelación de secretos, hechos o informaciones en general que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato, g)Responder al EMPLEADOR por la perdida de elementos, bienes y objetos puestos bajo su cuidado y vigilancia y que pertenezca al EMPLEADOR, como a terceras personas que hayan contratado los servicios del EMPLEADOR, h) Cumplir diligentemente las labores propias del cargo y realizar labores que directa o indirectamente tiendan a mejorar las condiciones de seguridad personal en los puestos de trabajo, según las instrucciones del EMPLEADOR; i) el trabajador se compromete a informar por escrito AL EMPLEADOR cualquier cambio de dirección teniéndose como suya, para todos los efectos, la última dirección registrada en la empresa. **DÉCIMA SEGUNDA: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES. EL TRABAJADOR** acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por el

TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION & SEGURIDAD

NIT. 800.237.731-6

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE UNA OBRA O LABOR CONTRATADA No.

EMPLEADOR, en ejercicio de su poder subordinante, de sus condiciones laborales, tales como la jornada de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto por el Art. 23 del C.S.T., modificado por el Art. 1° de la Ley 50/90. **DÉCIMA TERCERA: EFECTOS.** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integrante de este contrato. Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, un ejemplar de los cuales recibe EL TRABAJADOR en este acto, en la ciudad y fecha que se indican a continuación:

CIUDAD Y FECHA: FLORENCIA, 26 ENERO 2022

Persona encargada

MARIA MONICA GONZALEZ RUIZ
C.C. 36.165.333

Empleado

TRABAJADOR 16186829

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACION GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Caldón Cotacio	Cristian Camilo
Fecha de Nacimiento	**Lugar de Nacimiento**
D 19 M 11 A 1998	Morelia Caqueta
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Calle 16 N 16 Barrio La Vega	Florencia Caqueta
Teléfono	**No. Celular**
3228741616	
Correo electrónico	**Nacionalidad**
Cristiancaldon8@gmail.com	Colombiana

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
	Union Libre	6 años

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

Cédula de ciudadanía: [X] N° 1006521526	(**) Libreta militar N° 1006521526	Primera clase: [X]
Extranjeria: [ ] Expedida en:	Distrito N° 43	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [X] No [ ]	Licencia de conducción N° 1006521526 Categoría A2

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona responsable, complidora de mi deber u oficio con alta experiencia en el area de seguridad y vigilancia

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	Fecha D / M / A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] 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? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Edwar Ocampo	Teléfono: 3108647361	¿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? $ 1000.000
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial?
¿Cuál es su principal afición? El deporte	¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ]	¿Cuál(es)? Gymnasio	

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

61215283

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

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Youdy Alejandra Valderrama	Ama de Casa		
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
	Cll 16 N-16	3102146688	Florencia
N° de personas que dependen económicamente de usted	**Parentesco**		**Edades**
2	Compañera e hijo de mi compañera		25 y 2 años
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**		**Teléfono(s)**
Flor Marina Caldon	Independiente		3209376981
Nombre(s) hermanos(s)	**Profesión, ocupación u oficio**		**Teléfono(s)**
Edith Johana Garcia	Oficios Varios		3208280079

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]	2018	6	Bachiller	Celestin Freinet	Florencia
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Postgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente? Si [ ] No [ ]	¿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 [ ] No [ ] ¿Que programas maneja?	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas Si [ ] 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)
Consorcio DEUS	OBRA CIVIL	Cra 4 # 15a -03	3134337416

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Oficios Varios		06 / 10 / 21	10 / 04 / 22	$ 1000.000	$ 1000.000

Funciones realizadas: Encargado del conteo de materiales que salian para la realizacion de la obra

Nombre de su jefe inmediato: Oscar Canisales — Cargo: Almacenista

Logros obtenidos:

Tipo de contrato Indefinido [X] Fijo [ ] ¿Cuánto tiempo? 11 meses 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 [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro: Terminacion de Contrato

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Vigilancia Andina regional Cota	seguridad	cll 7 Carrera 8 Las Avenidas	4353660

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Guarda de Seguridad		05 02 14	10 12 15	$1000.000	$ 1000.000

Funciones realizadas: Vigilar y Proteger las instalaciones de la empresa

Nombre de su jefe inmediato: Antonio Ramirez Barreto — Cargo: Gerente Regional Cogueta

Logros obtenidos:

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

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? — Fijo ☐ — Contrato directo con la empresa ☐ — Contrato por medio de agencia ☐ — Otro ☐ ¿Cual?

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.	Luis Rodrigo Lozada	Administrativo	Morelia	3214114473
2.	Yeferson Scarpeta	Guarda	B/ Coliseo	3214658913

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Edith Johana Garcia	Oficios Varios	Abbas Turbay	3208280079
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☒ 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

Gustavo Camilo C.

C.C. 1006521526

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.521.526
CALDON COTACIO

APELLIDOS
CRISTIAN CAMILO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-1998
MORELIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

20-DIC-2016 MORELIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-4401700-00882756-M-1006521526-20170209 0053599645A 1 47034703

ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
LIBRETA MILITAR DE PRIMERA CLASE
DE RESERVISTA DE PRIMERA CLASE



NÚMERO [redacted]

APELLIDOS [redacted]

NOMBRES [redacted]



ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 48 DE 1993 Y DEMÁS LEYES QUE LO MODIFIQUEN O ADICIONEN.

PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1a LÍNEA	FECHA DE 2a LÍNEA	FECHA DE 3a LÍNEA
2018	2028	2038

UNIDAD MILITAR
FECHA DE EXPEDICIÓN 27/07/2018
DISTRITO MILITAR 041

CR. (RA) ALFONSO ARGOTE MURILLO
DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

TARJETA DE CONDUCTA

El CDTE BATALLON DE INF Nº.36 CAZADORES

Hace constar que el RESERVISTA

CALDON COTACIO CRISTIAN CAMILO

Con Tarjeta de Reservista No. 1.006.521.526

Observó [illegible] Conducta durante su Servicio

Militar obligatorio prestado en esta Unidad, del 08/02/17 al 04/02/18

SAVICENTE 04/08/2018 TC. ANGEL HERNANDO CARVAJAL ROJAS

LUGAR Y FECHA 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 cambien 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.

103314

"SI QUIERES LA PAZ PREPARATE PARA LA GUERRA"

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 213553880

WEB
08:41:48

Bogotá DC, 16 de enero del 2023

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) CRISTIAN CAMILO CALDON COTACIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006521526

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 certificaran 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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

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 16 de enero de 2023, a las 08:28:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006521526
Código de Verificación	1006521526230116082803

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

POLICIA 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 08:28:35 AM horas del 18/01/2020 el ciudadano identificado con

Cédula de Ciudadanía No. **1006521626**

Apellidos y Nombres **CALDON COTACIO CRISTIAN CAMILO**

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 declarado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta está dada siempre y cuando el número de identificación consultado no haya sido reportado como de identidad registrada y sólo 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** ubicadas en las Páginas Web de la Policía Nacional más cercanas.

Volver al Inicio

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, 16/01/2023 08:36:59 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1006521526 .**

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. **50571964** . 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

La República de Colombia

Institución Educativa

Celestin Freinet

Florencia - Caquetá

Autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura Municipal, según Resolución Nº 1252 del 06 de diciembre de 2016.

CONFIERE A:

Caldon Cotacio Cristian Camilo

C.C: 1.006.521.526 MORELIA

El Titulo de

BACHILLER ACADÉMICO

Con Formación Agro empresarial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al ciclo Lectivo Especial Integrado de Media Académica la Ley 115 DE 1.994, Decreto 1075 de 2015 por medio del cual se deroga el Decreto 3011 de diciembre 19 de 1997, para el ofrecimiento de la educación de adultos y se dictan otras disposiciones.

I. E. Celestin Freinet Directora

Directora

I. E. Celestin Freinet Secretario

Secretario

Registrado en el libro Nº 001, Folio Nº 010, Acta de Grado Nº. 006, Dado en Florencia Caquetá, al 1 día del mes de junio de 2018.

República de Colombia
Departamento del Caquetá

Institución Educativa
Celestin Freinet

Según Resolución 1252 del 06 de diciembre de 2016, emanada de la Secretaria de Educación Municipal de Florencia, aprobado en el nivel de Educación Media de la Educación Formal para Adulto. Código DANE 318001800019

Acta Individual de Grado

En la ciudad de Florencia Caquetá, a los primero (1) del mes de junio del año Dos Mil Dieciocho (2018), se reunieron la Rectora y la Secretaria, de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA CELESTIN FREINET, con formación Agro empresarial, para formalizar la graduación de los estudiantes que cumplieron satisfactoriamente todos con los requisitos académicos ,correspondientes al Sexto ciclo Lectivo Especial Integrado de la Educación Media Académica, exigidos por los acuerdos reglamentarios de la Institución se procedió a otorgar el Título de:

Bachiller Académico

Caldon Cotacio Cristian Camilo

C.C : 1.006.521.526 MORELIA

En cumplimiento con lo ordenado por la Ley 115 DE 1.994, Decreto 1075 de 2015 por medio del cual se deroga el Decreto 3011 de diciembre 19 de 1997, para el ofrecimiento de la educación de adultos y se dictan otras disposiciones.

Es fiel copia del Acta General de Grado Nº 006, Folio Nº 010 del libro Nº 001 ,del 1de junio del Dos Mil Dieciocho (2018), que consta de cuarenta (40) estudiantes graduados, que comienza con los apellidos de Anzola Fajardo José Miguel y cierra con Zapata Añasco Andrés.

Para constancia firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Florencia departamento de Caquetá, 1 de junio de (2018)

I. E. Celestin Freinet Directorio

Maritza Tapia Bocanegra
C.C: 40.767.121 Florencia
Directora

I. E. Celestin Freinet Secretario

Robinson Castaño Sánchez
C.C: 7.691.342 Neiva
Secretario

República de Colombia

Ministerio de Defensa Nacional
Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada

ACADEMIA DE ESTUDIOS TÉCNICOS EN SEGURIDAD LTDA.

Licencia renovada según Resolución Supervigilancia No. 20151400072767 de 23 de Noviembre de 2015
Prorrogada mediante resolución 2020 4440014087 del 14 de abril de 2020

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN CAMILO CALDON COTACIO

Con Cédula de ciudadanía No. 1.006.521.526, asistió a la

CAPACITACIÓN EN:

DECALOGO Y MANEJO SEGURO DE ARMAS

Llevado a acabo en la ciudad de FLORENCIA, los días 29 Y 30 de Diciembre de 2022
Con una intensidad académica de 12 horas

GERENTE GENERAL

DIRECTOR ACADEMICO

INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL

Número Interno: 561244

Consultar Diploma en www.aisacademia.com o al PBX: 7 635 0050

Instruyendo Futuro
con toda seguridad

República de Colombia

Ministerio de Defensa Nacional
Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada

ACADEMIA DE ESTUDIOS TÉCNICOS EN SEGURIDAD LTDA.

Licencia renovada según Resolución Supervigilancia No. 20151400072767 de 23 de Noviembre de 2015
Prorrogada mediante resolución [illegible] 14067 del 14 de abril de 2020
NIT. 804.007.315-3

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN CAMILO CALDON COTACIO

Con Cédula de ciudadanía No. 1.006.521.526, asistió y aprobó el curso

REENTRENAMIENTO VIGILANCIA

Expedido en la ciudad de FLORENCIA, el 21 de Enero de 2023
Con una intensidad académica de 30 horas

GERENTE GENERAL

DIRECTOR ACADEMICO

Número SVSP: ECSP1058-J169921

Número Interno: 361246

ANDEVIP ACASEP FENALCO

Consultar Diploma en www.atsacademia.com o al PBX: 7 635 0050

Consorcio

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DEL CONSORCIO DEUS 2018 IDENTIFICADO CON NIT 901.136.931 – 5

CERTIFICA:

Que el Señor **CALDON COTACIO CRISTIAN CAMILO,** identificado con cedula de ciudadanía No. 1006521526 de Morelia Caquetá, estuvo vinculado a nuestra empresa desde 06 de octubre de 2021 hasta el 10 de septiembre de 2022, desempeñando el cargo de **OFICIOS VARIOS,** Por medio de contrato Obra Labor, en desarrollo del contrato 724 de 2017 cuyo objeto es "Mejoramiento y Pavimentación de la vía Morelia – Valparaíso – Solita
– Sector desde PR20+000 al PR49+000 Departamento del Caquetá".

Se expide el presente certificado a los 27 días del mes de septiembre de 2022.

CAMILO ANDRES SUESCUN C.
Representante Legal.

VIGILANCIA ANDINA REGIONAL CAQUETA Nit. 860.515.748-1
Calle 7 Carrera 8° Segundo Piso B/Las Avenidas Teléfono: 435 3[illegible]
vigilandinacaqueta@hotmail.com

VIGILANCIA ANDINA LTDA.

V. A. 144

EL SUSCRITO GERENTE REGIONAL CAQUETÁ DE VIGILANCIA ANDINA LTDA, por medio del presente escrito se permite.

CERTIFICA QUE:

Que el señor **CRISTIAN CAMILO CALDON COTACIO** identificado con cédula de ciudadanía Nº 1.006.521.526, laboró en nuestra empresa como Guarda de Seguridad desde el 05 de Febrero de 2014 a 10 de Diciembre de 2015, destacándose como una persona honesta, respónsale y cumplidor de sus deberes.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los tres (03) días del mes de mayo del año dos mil quince (2015).

SUCURSAL CAQUETA

ANTONIO RAMIREZ BARRETO
Gerente Regional Caquetá

Morelia Caquetá, 16 de enero de 2023.

A quien pueda interesar:

Es mi privilegio emitir esta carta de recomendación personal al ciudadano **CRISTIAN CAMILO CALDON COTACIO** portador del documento de identidad nacional 1.006.521.526 con residencia en Belén de los Andaquies barrio el Jardín, a quien tengo el honor de conocer de vista y trato desde hace más de 20 años y de quien puedo dar fe es un excelente ciudadano, responsable, solidario, y ha mantenido en todo momento una impecable conducta de sólida moral.

Puedo atestiguar que **CRISTIAN CAMILO CALDON COTACIO** ha exhibido buenas costumbres y un trato cortes en cada una de las interacciones con otros miembros de la sociedad que yo he presenciado. Así mismo, puedo confirmar sus altos valores éticos que se ven reflejados en su diario actuar, es un excelente trabajador que cumple a cabalidad las labores encomendadas y es miembro respetable y productivo de la sociedad. Por estas y múltiples otras razones que con mucho gusto puedo comunicarle si lo considera necesario, es un privilegio para mí, el otorgar mi más completa y cabal recomendación personal.

Sé que, sin duda, en cualquier lugar, él dejara muy en alto su propio buen nombre y el mío. Por favor, no dude en contactarme si necesita algún dato o información adicional.

Atentamente,

LUIS RODRIGO LOZADA SANTANILLA
C/C: 96.632.594 de Morelia
Cel: 3214114473
Dirección: Alcaldía de Morelia – Oficina Victimas.

Belén de los Andaquies Caquetá, 17 de febrero de 2021

A quien corresponda:

Por este medio me complazco en indicar que conozco al señor ***CRISTIAN CAMILO CALDON COTACIO*** *quien es portador de documento de identidad N°1006521526 desde hace más de 2 años, cuando tuve el agrado de ser compañero de trabajo del indicado en la empresa* ***SeguridadInterandes Ltda*** *de la Ciudad de Bogotá en el cargo de Guardia de Seguridad.*

En dicho tiempo puedo dar fe de sus cualidades morales, alto espíritu de superación y su gran disponibilidad para trabajar en equipo. Las anteriores aptitudes mencionadas considero son esenciales para desempeñar cualquier trabajo que le sea asignado. Por tal motivo no tengo ningún inconveniente en recomendarlo ampliamente.

Sé que ***CRISTIAN CAMILO CALDON COTACIO*** *cumplirá a cabalidad con las tareas que le fueren encomendadas, por lo que gustosamente extiendo la presente.*
Atentamente.

Atentamente,

YEFERSON SCARPETA C.

YEFERSON SCARPETA CASTRO
Ce:3214658913
Barrio el Coliseo – Belén de los Andaquies.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800237731
Número Afiliación:	213190
Razón social:	TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURID

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1006521526
Nombre:	CRISTIAN CAMILO CALDON COTACIO
Fecha Ingreso:	30/01/2023
Salario básico:	1,160,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	R4
Tasa:	4.350
Fecha hora transacción:	28/01/2023 11:03:51 a.m.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN CAMILO CALDON COTACIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.521.526**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

*En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, **¿por qué?** porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

• • • • • • • • • •

9009653650

No. de Radicación: 25527692

Fecha de Radicación: 30 01 2023

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

Código (a registrar por la EPS)

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [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 [ ] B. Subsidiado [X]

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

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

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

6. Apellidos y nombres	CALDON	COTACIO	CRISTIAN	CAMILO
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1006521526

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 19 11 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:

12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

13. Puntaje SISBÉN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos laborales - ARL: INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES ISS

16. Administradora de pensiones:

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.160.000

18. Residencia: Departamento: Municipio: Zona: Urbana [ ] Rural [ ]

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 Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad:

21. Número del documento de identidad:

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento: 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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	O	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	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											

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		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O 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 del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
TELEVIGILANCIA LTDA	NT	800237731	

39. Ubicación: Dirección	Código	Departamento	Municipio	Teléfono
CL 7 16 09 PI 2	8702072		NEIVA	HUILA

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 [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la 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 [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de prelación al pensionado [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

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 del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	42. Fecha novedad: D D M M A A A A
				30 01 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales

47. Declaración de la no obligatoriedad de aportar al Régimen Contributivo. Personas a Cto Exclusivo

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que se requieren para la validación de las condiciones

49. Declaración de no existencia del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra afiliación (Prelación de servicios de salud)

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga los datos y copias de su historia clínica del cotizante, cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la Unión de datos de afiliados vigentes y demás bases de datos que por ley requiera el régimen

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

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular reportado anteriormente

VIII. FIRMAS

Firma del cotizante, cabeza de familia o pensionado

Firma del representante legal, apoderado o acudiente (cuando el afiliado sea menor de edad o incapaz)

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de invalidez 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 decrete 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. Copia del documento en que consta 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 consta la calidad de beneficiario o se ordena 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 la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: VIGILANTE

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

COMFACA
Caja de Compensación Familiar del Caquetá

Sede Administrativa Carrera [illegible]
Centro Múltiple de Servicios Transversales Calle [illegible]
[illegible]

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

IMPORTANTE: Marque con un X según el tipo de novedad	Inscripción del trabajador	X
	Adición personas a cargo	

TIPO DE AFILIADO												
Dependiente		Servicio Doméstico		Madre Comunitaria		Taxista		Facultativos				
Trab. Independiente 2%		Trab. Independiente 0.6%		Pensionados 0.6%		Pensionados 2%		Pensionado 0%		Fidelidad		

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social de la Empresa:				Nit.
TELEVIGILANCIA LTDA.				800.237.731-6
Suoursal:	Teléfono: 435-2604	Cuidad: FLORENCIA		Correo Electrónico (Obligatorio): gerenciaflorencia@televigilancia.com.co

2. DATOS DEL TRABAJADOR

No. Identificación: 1.006.521.526	C.C. X / PAS.	C.E. / T.I.	Celular: 3228741646	Correo Electrónico
Primer Apellido: Caldon	Segundo Apellido: Cotacio		Nombres: Yhyton Camilo	

Fecha de Naoimiento	Sexo	Estado civil	Tipo de Contrató
1998 11 19	X M / I	U.L. / CAS. / DIV. / SEP. / VIU. / SOL. X / ND	Fijo X / Ind / Parcial

Fecha de Ingreso a la Empresa	Salario	Gana Comisión	Oupación
2023 01 30	$ 1.160.000	SI / NO X	Guarda de Seg

Horas trabajadas diarias	Direcoión lugar donde desarolla su labor:	Barrio	Ciudad	U / R
	palacio de justicia.	7 de Agosto	Florencia	X

Usted labora en otra empresa	SI / NO X	Cual?

Direcoión del Trabajador	Barrio	Ciudad	U / R
Calle 16 # 16	La Vega	Florencia	X

NIVEL DE ESCOLARIDAD		Básica		Media		Seoundaria Adultos		Téonico/Teonológico		Posgrado/Maestría	
		Seoundaria	X	Básica Adultos		Media Adultos		Profesional Univ.		Ninguno / No Disp.	

Presenta Alguna Disoapaoidad? SI / NO X Cual? / Tipo de Vivienda - Propia / Familiar / Arrendada X Hipoteca

3. FACTOR DE VULNERABILIDAD

Desmovilizado o Reinsertado		Victima conflioto armado (no desplazado		Desplazado	X	Ejeroicio del trabajo Sexual	
Hijo(as) de madres cabeza de familia	X	Cabeza de familia		Hijo (as) de desmovilizados o Reinsertados		Damnifioado desastre natural	
Población Zonas Fronteras(nacionales)		Población Migrante		En oondioión de disoapaoidad		No Aplica	

4. PERTENENCIA ETNICA

Afrooolombiano		Indígena		Raizal Del Arohipiélago De San Andrés	
Comunidad Negra		Palenquero		Room/gitano	
No se auto reconooe en ninguno de los anteriores	X			No Disponible	X

5. ORIENTACIÓN SEXUAL

Heterosexual	X	Bisexual	
Homosexual		No Disponible	

6. DATOS DE LA CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

No. Identifioación	C.C. / PAS.	C.E. / T.I.	Celular:	Correo Electrónico
Primer Apellido	Segundo Apellido		Nombres	

Fecha de Naoimiento	Sexo	Oupación
	H / M / I	

Direcoión de Residenoia	Barrio	Ciudad	U / R
Nombre de la Empresa donde Trabaja	Ingresos Mensuales $	Reoibe Subsidio? SI / NO	

7. DATOS DEL PADRE O DE LA MADRE FUERA DE LA UNIÓN

No. Identifioación	C.C. / PAS.	C.E. / T.I.	Celular:	Correo Electrónico
Primer Apellido	Segundo Apellido		Nombres	

Direcoión de Residenoia	Barrio	Ciudad	U / R

8. DATOS DE LAS PERSONAS A CARGO

Tipo de Doo			Numero de Doouments	Nombres Completos de los Hijos, Padres, o Hermanos (Que dependan eoonómioamente del Trabajador)			Sexo		Fecha de Naoimiento			Parentesco		
RC	T.I.	C.C.		1er. Apellido	2do. Apellidos	Nombres	F	M	AÑO	MES	DIA	Hijo	Padre	Hermano

COMFACA AFILIACIÓN PRESENCIAL
2 ENE 2023
FIRMA
HORA
APORTES Y SUBSIDIO

9. OBSERVACIONES

DECLARACIÓN JURADA
Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada, así como los documentos adjuntos es verídica y se entiende la presentada bajo la gravedad del juramento con su suscripción. Autorizo para que por cualquier medio se verifique los datos aquí consignados y en caso de falsedad, se apliquen las sanciones correspondientes.

FIRMA DEL TRABAJADOR

AUTORIZACIÓN PARA USO DE LA INFORMACIÓN
En cumplimiento de la ley 1581 de 2012, autorizo y acepto de manera voluntaria, previa y explícita, que la Caja de Compensación Familiar del Caquetá haga uso y tratamiento de mis datos personales que suministro en este formulario y aquellos clasificados como "datos sensibles" de acuerdo con la política de tratamiento de datos Personales que se encuentra en la página web de Comfaca www.comfaca.com.

FIRMA DEL TRABAJADOR SI / NO

FIRMA EMPRESA | FUNCIONARIO COMFACA | FIRMA TRABAJADOR

TELEVIGILANCIA Protección Seguridad	ENTREGA DE DOTACIÓN	CODIGO:	HUM-FOR-006
		VERSION:	03
		VIGENCIA:	29-feb-16

CONTRATO: PALACIO DE JUSTICIA

CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

NOMBRE COMPLETO: CALDON COTACIO CRISTIAN CAMILO

CC: 1,006,521,526

PRENDA O ELEMENTO	1er. ENTREGA		2da. ENTREGA		3er. ENTREGA		TOTAL
	UDS	TALLA	UDS	TALLA	UDS	TALLA	
BOTAS DE MATERIAL	1	42					
BOTAS DIELECTRICAS Y CON PUNTERA							
BOTAS MOTORIZADO							
BOTAS DE CAUCHO							
BUSO TIPO POLO _____ CAMISA TECNICOS_____							
CAMISA CON NORMA CABALLERO Manga Larga X Corta _____	2	XXXL					
CAMISA CON NORMA DAMA							
CALZADO DAMA							
CORBATA	1	—					
CHAQUETA							
CHAPUZA							
CHALECO ANTIBALA							
CARNÉ: A:R:L _____ SEGUR. _____							
EQUIPO DE LLUVIA - IMPERMEABLE CARPA:_____ 2 PIEZAS_____							
FORRO DE CHALECO ANTIBALAS							
KEPIS:____ GORRA: X	1	—					
OVEROL CON NORMA							
OVEROL SUPERVISOR (Dos piezas)							
PANTALÓN JEAN							
PANTALÓN CON NORMA CABALLERO	2	44					
PANTALÓN CON NORMA DAMA							
PLACA							
PORTA TONFA							
REATA	1	—					
TONFA							
UNIFORME ANTIFLUIDOS 2 PIEZAS							
OTROS:							

1er. ENTREGA

CRISTIAN C.

FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA: 30-ENERO-2023

2da. ENTREGA

FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA:

3ra. ENTREGA

FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA:

El trabajador manifiesta que:
La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.
El trabajador autoriza expresamente a la empresa mediante este documento a descontar de salarios y liquidación de prestaciones los valores de la dotación cuando en cualquiera de los casos anteriores no la devuelve al empleador.

Atentamente,

CRISTIAN CALDON (Firma del Trabajador)

c.c. 1006521526



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 317517639

BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Cristian Camilo Caldon Cotacio	1006521526	22212
Empresa:	TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCIÓN Y SEGURIDAD	**Fecha Nacimiento:**	19/11/1998
Direccion:	BRR ALAMEDA		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
52964	Masculino	24	Años	Soltero	10 - 11 (Media Tecnica)	FLORENCIA	27/01/2023 06:50:34

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	SURA	Cargo:	GUARDA DE SEGURIDAD
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE V		Estrato:	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, OPTOMETRIA.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

. Apto con restriccion PREVENTIVA

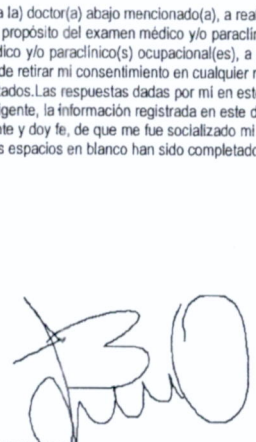
RESTRICCIONES

RESTRICCION PREVENTIVA= EVITAR RELIZAR TRABAJOS EN ALTURAS O ESPACIOS CONFINAODS HASTA LOGRAR IMC MENOR A 35 (EN CASO DE REQUERIR)

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

CONTROL POR MEDICINA GENERAL Y NUTRICION DE EPS PARA MANEJO DE OBESIDAD, SEGUIR INDICACIONES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EN SITIO DE TRABAJO AL MENOS CADA 1 HORA POR 5 MINUTOS, CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y TRONCO, RELAJACION E HIDRATACION. SE RECOMIENDA DISMINUIR LA EXPOSICION A MOVIMIENTOS REPETITIVOS O POSICIONES FORZADAS. SE RECOMIENDA EN ESPACIOS EXTRALABORALES DE ESPARCIMIENTO: DESCANSAR Y RELAIZAR ACTIVIDADES DE DISPERSION. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR LA EMPRESA. CUMPLIR ACTIVIDADES DE SST DE LA EMPRESA. CUMPLIR CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD CONTRA COVID 19. AJUSTES EN ESTILOS DE VIDA SALUDBLE: DIETA BAJA EN GRASA Y CARBOHIDRATOS, EJERCICIO AEROBICO AL MENOS 3 VECE SPOR SEMANA.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

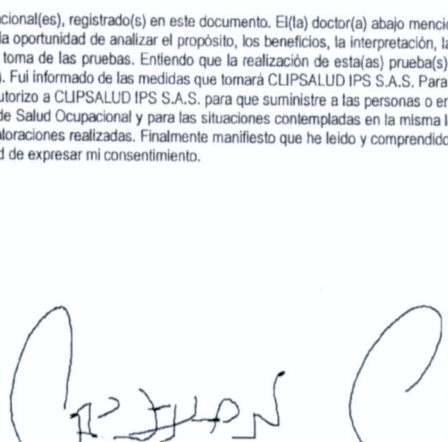


Wed Jan 2023 01:25:23 07:10:23

Jhonathan Orlando Barrera Arciniegas - C.C. 1049622905 / RM:
Registro Médico 1049622905
Licencia 00341 de 2019

27/01/2023 14:49:07

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Fri Jan 2023 01:27:23 06:27:15

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION & SEGURIDAD

NIT. 800.237.731-6

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE UNA OBRA O LABOR CONTRATADA No.

NOMBRE DEL EMPLEADOR:	DIRECCION DEL EMPLEADOR:
TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURIDAD	CALLE 6C NO, 17-81 NEIVA
NOMBRE DEL TRABAJADOR Y CEDULA	DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR
CALDON COTACIO CRISTIAN CAMILO C.C. 1.006.521.526	CALLE 16 # 16 B/ LA VEGA
LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD:	CARGO U OFICIO QUE DESEMPEÑARA EL TRABAJADOR:
COLOMBIANO, MORELIA (CQTA) 19-NOVIEMBRE - 1998	GUARDA DE SEGURIDAD
SALARIO: 1.160.000 Mínimo legal vigente + AUX TRANSPORTE	PERIODO PAGO: Mensual
FECHA DE INICIACIÓN DE LABORES:	OBRA O LABOR CONTRATADA:
30 ENERO 2023	PRESTACION DE SERVICIO DE VIGILANCIA CELEBRADO ENTRE UNION TEMPORAL RAMA HUILA 22-23 JM Y LA RAMA JUDICIAL

Entre EL **EMPLEADOR y EL TRABAJADOR**, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO:** Prestación de los servicios personales por parte del trabajador al empleador como **GUARDA DE SEGURIDAD** En el lugar previamente indicado por este último. **SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR** contrata los servicios personales del TRABAJADOR y éste se obliga: a) A poner al servicio del EMPLEADOR toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las instrucciones que le imparta EL EMPLEADOR directamente o a través de sus representantes. b) A no prestar directa ni indirectamente servicios labores a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato; c) A guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y en general, sobre todos los asuntos y materias que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo. Y d) Cuidar y conservar con suma diligencia los elementos y bienes de la Empresa y terceros entregados en custodia para su vigilancia y responder por la perdida y deterioro parcial o total de los mismos, derivados por el incumplimiento de las funciones encomendadas Pen este contrato. **TERCERA: REMUNERACION.** EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios una asignación mensual conforme a la Ley por periodos vencidos, previa cancelación por parte de la persona natural o jurídica con quien se haya celebrado el contrato principal. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los Capítulos I, II y III del Título VII del C.S.T. Se aclara y se conviene que en los casos en los que EL TRABAJADOR devengue comisiones o cualquiera otra modalidad de salario variable, el 82.5% de dichos ingresos, constituye remuneración de la labor realizada, y el 17.5% restante está destinado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos de que tratan los Capítulos I y II del Título VIII del C.S.T. **CUARTA: DESCUENTOS.** El trabajador faculta al empleador para que descuente de sus salarios, prestaciones sociales y demás emolumentos laborales, las

sumas que tiene que cancelar por el incumplimiento de la obligación del trabajador consagrada en el numeral "d" del artículo PRIMERO de este contrato. **QUINTA: TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICAL Y/O FESTIVO.** Todo trabajo suplementario o en horas extras o en horas nocturnas o en días domingos o festivos en los que legalmente se debe conceder descanso, se remunerará conforme a la Ley, así como los correspondientes recargos nocturnos. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, nocturno, dominical o festivo, EL EMPLEADOR o sus representantes deberán haberlo autorizado previamente y por escrito. EL EMPLEADOR, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario, o trabajo nocturno o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente **SEXTA: JORNADA DE TRABAJO. EL TRABAJADOR** se obliga a laborar la jornada máxima legal en los turnos y dentro de las horas señaladas por el EMPLEADOR, pudiendo hacer estos ajustes o cambios de horarios cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes y por la naturaleza de la labor podrá ampliarse la jornada laboral sin que constituya trabajo suplementario o de horas extras conforme lo establece el Articulo 155 del Código Sustantivo de Trabajo; podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el Art. 164 del C.S.T., modificado por el Art. 23 de la Ley 50/90, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de las misma, según el Art. 167 ibídem. **SÉPTIMA: DURACIÓN DEL CONTRATO.** El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra o labor contratada, mientras subsistan las causas que le dieron origen y la materia del contrato. **OCTAVA: PERIODO DE PRUEBA.** Los primeros dos (02) meses a la iniciación del presente contrato se consideran como periodo de prueba y por consiguiente, cualquiera de las partes podrá darlo por terminado unilateralmente en cualquier momento durante dicho período, sin que se cause indemnización alguna. **NOVENA: TERMINACIÓN UNILATERAL.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en los Arts. 61 y 62 del C.S.T., EL TRABAJADOR podrá dar por terminado el presente contrato mediante aviso escrito al EMPLEADOR con antelación no inferior a treinta (30) días. En caso de no dar el TRABAJADOR el aviso al empleador o darlos parcialmente, deberá cancelar a este último una indemnización equivalente a treinta (30) días de salario o proporcional al tiempo faltante, deducible de sus prestaciones sociales. Además, son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por parte del EMPLEADOR, las siguientes faltas que para efecto se califican como graves: a)La violación por parte del TRABAJADOR, de cualquiera de sus obligaciones legales contractuales o reglamentarias; b) La no asistencia puntual al trabajo por dos veces o más, dentro de un mismo mes calendario o negarse a prestar un turno, salvo casos de fuerza mayor debidamente comprobados por el EMPLEADOR o sus representantes; c) La ejecución por parte del TRABAJADOR de labores remuneradas al servicio de terceros sin autorización del EMPLEADOR; d)La revelación de secretos e información reservada de la empresa, del EMPLEADOR y del lugar donde desarrolle la labor; e)Las repetidas desavenencias con sus compañeros de trabajo; f)La asistencia al trabajo en estado de embriaguez, alicoramiento o en estado no apto para ejercer sus funciones; g)El consumo de bebidas embriagantes en el sitio de trabajo, aún por primera vez; h)La utilización y porte del uniforme distintivo del servicio, placas y arma de dotación en oportunidades

distintas al servicio y en lugares de expendio de licores, i)El abandono del sitio de trabajo sin la autorización del EMPLEADOR o su representante, j)La inasistencia o llegada tarde a los turnos asignados; k)La solicitud de dadivas o prebendas de terceros para el desempeño de sus labores, l)La ejecución de actos obscenos o inmorales dentro o fuera del sitio de trabajo y que afecte directa o indirectamente al EMPLEADOR o a sus representantes, m)La negativa a rendir los informes solicitados por el EMPLEADOR o dentro de los términos fijados, n)El porte de armas o elementos de cualquier tipo, ajenos a los asignados por el EMPLEADOR para el desempeño de sus labores, o)El uso indebido dentro o fuera del servicio del arma de dotación, de la credencial, placas o distintivos que lo acreditan como vigilante al servicio del EMPLEADOR, p)Permitir la entrada o permanencia de personas extrañas en las dependencias puestas bajo su cuidado o la salida de bienes y objetos de las mismas dependencias o del sitio de trabajo, q)Impedir o entorpecer la inspección o supervisión de los coordinadores o supervisores, representantes del EMPLEADOR en el lugar de trabajo. **DÉCIMA: TERMINACIÓN UNILATERAL ESPECIAL.** Son también justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, sin lugar a indemnización las siguientes: a) La solicitud del F.2, DAS, POLICIA NACIONAL o de cualquier otra autoridad, del retiro del TRABAJADOR DE LA PRESTACION DEL SERVICIO, b) La terminación del contrato de vigilancia suscrito entre el EMPLEADOR y un tercero, o la disminución de puestos requeridos por el tercero en virtud del contrato; y para cuya labor fue contratado el TRABAJADOR. Se entenderá por terminada la labor contratada así como las causas que dieron origen al contrato materia del trabajo; c) La solicitud verbal o escrita por parte del tercero contratista con quien se ejecuta la labor **DÉCIMA PRIMERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR.** Son obligaciones contractuales y especiales del TRABAJADOR las siguientes: a) Evitar fuera de las horas de trabajo actividades que afecten su salud e impidan la prestación eficiente del servicio, b)manejar y cuidar con diligencia los bienes, elementos y armas encontradas a su cuidado, c) Conservar y restituir salvo el deterioro natural de los elementos y objetos de dotación, d)Informar al empleador toda circunstancia que sea de su interés o que tenga que ver con el desarrollo del objeto del servicio contratado, e)devolver al EMPLEADOR al momento de la terminación del contrato de trabajo el uniforme, la gorra, la placa, el arma de dotación y su salvoconducto, vehículos, municiones, y todos los elementos de dotación asignados para el ejercicio de su labor, f)responder patrimonialmente ante el empleador, patrimonialmente por los perjuicios causados por la revelación de secretos, hechos o informaciones en general que lleguen a su conocimiento por causa o con ocasión de su contrato, g)Responder al EMPLEADOR por la perdida de elementos, bienes y objetos puestos bajo su cuidado y vigilancia y que pertenezca al EMPLEADOR, como a terceras personas que hayan contratado los servicios del EMPLEADOR, h) Cumplir diligentemente las labores propias del cargo y realizar labores que directa o indirectamente tiendan a mejorar las condiciones de seguridad personal en los puestos de trabajo, según las instrucciones del EMPLEADOR; i) el trabajador se compromete a informar por escrito AL EMPLEADOR cualquier cambio de dirección teniéndose como suya, para todos los efectos, la última dirección registrada en la empresa. **DÉCIMA SEGUNDA: MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES. EL TRABAJADOR** acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por el

TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION & SEGURIDAD

NIT. 800.237.731-6

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR LA DURACION DE UNA OBRA O LABOR CONTRATADA No.

EMPLEADOR, en ejercicio de su poder subordinante, de sus condiciones laborales, tales como la jornada de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto por el Art. 23 del C.S.T., modificado por el Art. 1° de la Ley 50/90. **DÉCIMA TERCERA: EFECTOS.** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integrante de este contrato. Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, un ejemplar de los cuales recibe EL TRABAJADOR en este acto, en la ciudad y fecha que se indican a continuación:

CIUDAD Y FECHA: FLORENCIA, 30 ENERO 2023

Persona encargada

MARIA MONICA GONZALEZ RUIZ
C.C. 36.165.333

Empleado

CRISTIAN CAMILO C.
TRABAJADOR 1006521526

Magda Lorena Fajardo Farfan

De: Magda Lorena Fajardo Farfan
Enviado el: martes, 7 de febrero de 2023 9:52 a. m.
Para: Bernardo Mendez Cuervo
CC: Jefe Area Administrativa - Florencia - Seccional Neiva
Asunto: RV: HOJAS DE VIDA PERSONAL EDIFICIO FLORENCIA
Datos adjuntos: hoja de vida - alirio antury hernandez (1).pdf; HOJA DE VIDA - CALDON COTACIO CRISTIAN CAMILO.pdf

Seguimiento:

Destinatario	Entrega
Bernardo Mendez Cuervo	Entregado: 2023-02-07 9:53 a. m.
Jefe Area Administrativa - Florencia - Seccional Neiva	

Doctor
Bernardo Mendez Cuervo
Supervisor Contrato 12-SER037 de 2022
Distrito Judicial Florencia

Cordial Saludo

Para su conocimiento y fines pertinentes me permito reenviar las hojas de vida de los dos guardas de seguridad el señor Cristian Camilo Caldón Cotacio y Alirio Antury Hernandez.

Cordialmente,

Magda Lorena Fajardo Farfan
Supervisora Contrato 12-SER037 de 2022
Distrito Judicial de Neiva

De: Gerencia Televigilancia Ltda <gerencia@televigilancia.com.co>
Enviado el: jueves, 2 de febrero de 2023 11:55 a. m.
Para: Magda Lorena Fajardo Farfan <mfajardf@cendoj.ramajudicial.gov.co>
Asunto: HOJAS DE VIDA PERSONAL EDIFICIO FLORENCIA

Cordial saludo:

Anexo remito las 2 hojas de vida del personal que ingresó en la ciudad de Florencia, con las debidas afiliaciones a la seguridad social

Maria Monica Gonzalez Ruiz
Gerente
Gerencia | Televigilancia ltda

88630808 | 3115316284
gerencia@televigilancia.com.co
www.televigilancia.com.co
Calle 6C No 17-81 Neiva-Huila