Medellín, 03 de July de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de INGEINCOL SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 BOSA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C3907892	PEREZ PEREZ JORGE LUIS	04/07/2023		180P166K	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/07/2023 20:07:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.146, 198.143.41.33, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 280235 04/16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		DÍA 04 MES 07 AÑO 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: PEREZ	SEGUNDO APELLIDO: PEREZ	PRIMER NOMBRE: JORGE	SEGUNDO NOMBRE: LUIS

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. [X] C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.	3907892	F [X] M	DÍA 30 MES 08 AÑO 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código	Tipo F N M Condición T P			SURA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORVENIR	1160000	CRA111A 148 75	U. [X] R. [ ]	SUBA	

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
BOGOTA	BOGOTA D.C.		3112181127	INGEINCOL@GMAIL.COM	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		F M	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I. II.	
2			R. U.					I. II.	
3			R. U.					I. II.	
4			R. U.					I. II.	

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 documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
INGEINCOL SAS	C.C. [X] C.E. P.A. C.D. N.I.	900868163		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE63 SUR 64 - 90	BOGOTA	BOGOTA D.C.		6619803	INGEINCOL@GMAIL.COM

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 04 MES 07 AÑO 2023	OFICIAL OBRA	1160000

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/O 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 [ ]
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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE DIEGO CABRERA FALLA
CLAVE AUTOSUR C1310
FECHA 04 - 07 - 2023

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. MOTIVO DE TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a)_____ Identificado(a) con _____ No. _____ [ ]
desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
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 al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
PEREZ PEREZ JORGE LUIS	DIANA

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]	Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CARVAJAL PRINCIPAL FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-3 TEL. 430 2110

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

O.P. 280235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, PEREZ PEREZ JORGE LUIS identificado (a) con R.C. T.I. C.C. X C.E. Otro: _____

número 3907892 de BOGOTA, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ X No
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ X No
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ X No
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ X No
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ X No
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ X No
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ X No

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____

y/o correo electrónico: _____

SÍ ☐ No X

Cordialmente,

Firma: PEREZ PEREZ JORGE LUIS

Tipo ID: CC No. ID: 3907892

Fecha (dd/mm/aaaa): 2023-07-04

Dirección: CRA111A 148 75

Tel: 3112181127 Municipio BOGOTA

Departamento: BOGOTA D.C.

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS

Asesor: _____

Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

• solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.

• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 ''Hábeas Data''; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
	Ninguno		Secundaria		Normalista		Profesional		Doctorado	
	Preescolar		Media académica o clásica (bachillerato básico)		Técnica Profesional		Especialización		Último Grado	
	Básico Primaria		Media técnica (bachillerato básico)		Tecnológica		Maestría		Aprobado	_____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador		Contratista		Trabaja por su Cuenta	
Inicio Contrato		Fin Contrato				

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT		C.C.		C.E.		Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.		T.I.		C.D.			

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JORGE LUIS PEREZ PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **3.907.892**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Julio 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.

INGEINCOL S.A.S
NIT: 900.868.163-2

CONTRATO INDIVIDUQAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

DATOS EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	INGEINCOL S.A.S
DOMICILIO:	Madalena Bogotá D.C.
DIRECCION:	Calle 63 sur # 64-90

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	JORGE LUIS PEREZ PEREZ
NUMERO DE CEDULA:	3.907.892
CIUDAD DE DOMIICILIO:	Bogotá
DIRECCION DE RESIDENCIA:	CRA. 16 A # 92-39
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	Turbaco, 30 de Agosto 1985
ESTADO CIVIL:	Soltero
CARGO U OFICIO:	Oficial de obra
CLASE DE CONTRATO:	Contrato individual de trabajo por obra o labor contratada
LUGAR O SITIO DE TRABAJO:	Bogotá D.C
FECHA INICIO DE LABORES:	04 de Julio 2023
PORYECTO:	Según se requiera
SALARIO BASICO MENSUAL:	Un Millón de pesos MDA/CTE ($1’160.000)

Entre nosotros ANDRES MARTINEZ MARTINEZ, mayor de Edad y vecino de Bogotá D.C. identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre y representación de la Empresa INGEINCOL S.A.S, sociedad domiciliada en Bogotá D.C identificada con el NIT 900.868.163-2 , y que en el presente contrato se denominara LA EMRESA y la persona identificad como quedo registrado en el encabezamiento de este Contrato y que en adelante se denominará EL TRABAJADOR se suscribe el presente contrato individual de trabajo de labor contratada estipulado en las siguientes cláusulas:

PRIMERA: LABOR CONTRATADA. Poner al servicio del patrono toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en orden al desempeño de las funciones propias del cargo u oficio para el cual ha sido contratado, incluyendo las labores anexas y complementarias, de conformidad con las ordenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes , así mismo , se obliga a no prestar directa o indirectamente servicios laborales a otros empleadores ni a trabajar por cuenta en el mismo oficio durante la vigencia de este contrato.

SEGUNDA: OBLIGACIONES DE TRABAJADOR: En relación con la actividad propia del TRABAJADOR este la ejecutara dentro de las siguientes modalidades que implican claras obligaciones para el mismo, así: a) Observar rigurosamente las normas que le fije LA EMPRESA, para la realización de la labor a que se

refiere el presente contrato de trabajo. b) Cumplir a cabalidad con los deberes y obligaciones que la ley, el reglamento interno y el presente contrato le impongan en su condición de trabajador, así como abstenerse de ejecutar las conductas que se encuentren prohibidas en esos mismos ordenamientos. c) Guardar absoluta reserva, salvo autorización expresa de LA EMPRESA de todas aquellas informaciones que lleguen a su conocimiento, en razón a su trabajo, y que sean por naturaleza privadas, en beneficio de los intereses del empleador. d) Ejecutar por sí mismo las funciones asignadas y representen, respecto al desarrollo de sus actividades. e) Conservar y resistir en buen estado, salvo el deterioro normal, los instrumentos, herramientas, y útiles, que le sean entregados, para el ejercicio de sus funciones, así como los que posteriormente se le asignen, ó sean prestados temporalmente para realizar sus funciones, al igual que manejar escrupulosamente los valores e intereses que se le encomienden por razón de su cargo y a rendir cuenta rigurosa de ellos al empleador. f) Cuidar permanentemente de los intereses y bienes de LA EMPRESA .g) Dedicar la totalidad de su jornada de trabajo a cumplir a cabalidad con sus funciones. h) Programar diariamente su trabajo y asistir puntualmente a las reuniones que ejecute LA EMPRESA las cuales hubiere sido citado. i) Guardar buenas relaciones laborales con compañeros de labor, superiores y clientes, Mantener perfecta disciplina y respeto dentro y fuera de la Empresa para con sus compañeros de trabajo, superiores , clientes , etc. j) Cumplir permanentemente con espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con LA EMPRESA . k) No prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni trabajar por cuenta propia en el mismo oficio. l) No atender durante las horas de trabajo, asuntos y ocupaciones distintas a las que el empleador le encomiende, sin previa autorización de este y a evitar fuera de dichas horas de trabajo, otras labores que afecten su salud u ocasiones el desgaste de su organismo en forma que la impida prestar eficazmente el servicio convenido. m) Aceptar los traslados que determine el patrón dentro de las agencias, sucursales, establecimientos o simples dependencias de la Empresa en todo el territorio nacional. n) Asistir puntualmente al trabajo y cumplir con los turnos de trabajo asignados. O) Informar a la Empresa en forma inmediata sobre cualquier cambio en la dirección de su residencia. En el evento de cualquier notificación que deba hacer la Empresa al trabajador, se tendrá como dirección de la residencia, la última que el trabajador hubiese notificado .p) En general realizara todas las gestiones propias de su cargo.

TERCERA: OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR. a) Pagar al trabajador el salario convenido el cual incluye la remuneración de los descansos dominicales y festivos. Así mismo pagar los beneficios o auxilios no constitutivos de salario que se convengan expresamente con el trabajador con base en el artículo 128 del Código Sustantivo de Trabajo. B) Cumplir los preceptos sobre obligaciones y prohibiciones para el patrono contenidos en la ley, el reglamento interno de trabajo y el presente contrato.

CUARTA: JORNADA DE TRABAJO Y TRABAJO DOMINICAL O FESTIVO. La jornada ordinaria de trabajo será de 48 horas a la semana, de lunes a sábado, de acuerdo al horario diario que fije la empresa o el que acuerden trabajador y Empresa , conforme a la flexibilización de la jornada de trabajo que autoriza la ley 789 de 2002(literal d Art.51) , teniendo en cuenta las necesidades del servicio. Para el reconocimiento y

pago del trabajador suplementario, dominical o festivo, el patrono o sus representantes deben autorizarlo previamente y por escrito para cada caso.

PARAGRAFO 1: La Empresa se reserva la facultada y el trabajador la acepta de trasladarlo a cualquiera de las ciudades, zonas o regiones que tengan establecidas dentro del territorio nacional. La aceptación de este traslado por parte del trabajador forma parte integral de este contrato de trabajo y por quedar fijados los parámetros exigidos por el Art. 39 del C.S.T. cualquier traslado que la empresa ordene no podrá tomarse como modificación de las condiciones o lugar donde el trabajador va inicialmente a prestar sus servicios o los cambios o modificaciones que posteriormente se hagan durante la vigencia del contrato, la hará saber la Empresa al trabajador por escrito. Queda entendido que el traslado NO IMPLICA MODIFICACION DEL SALARIO.

QUINTO: PERIODO DE PRUEBA. Los primeros dos meses del presente contrato se consideran como periodo de prueba y por consiguiente, cualquiera de las partes, podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo.

SEXTA: TERMINO DE DURACION: El trabajador se compromete a poner al servicio de la empresa toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de Oficial de Obra durante al tiempo que para su especialidad de trabajo lo requiera la ejecución de la labor una vez culminada dicha labor, se dará por terminado, unilateralmente sin aviso de acuerdo a la ley.

SEPTIMA: REMUNERACION: La empresa pagar al trabajador como remuneración por sus servicios: un salario básico de ($1’160.000) pesos entendiéndose que en el pago mensual se encuentra comprendido el de los descansos dominicales y festivos de acuerdo a la ley laboral. Igualmente pagara así mismo se aclara y se deja en pleno conocimiento del empleador y/o presente incapacidad, así mismo se aclara y se deja en pleno conocimiento del empleado que los viáticos no serán contemplados para efectos de liquidación del presente contrato.

PARAGRAFO 1 : Las partes expresamente acuerdan que lo que reciba el trabajador o llegue a recibir en el futuro, adicional a su salario ordinario, ya sean beneficios, viáticos o auxilios habituales u ocasionales , tales como la alimentación, habitación o vestuario, las bonificaciones el transporte o subsidios para el transporte , las bonificaciones anuales por cumplimiento de objetivos, prima extralegal, las primas extralegales de vacaciones, de servicios o Navidad, canones de arrendamiento de vehículo o cualquier título o bajo cualquier otra denominación, NO CONSITUYE SALARIO.

PARAGRAFO 2: Para todos los efectos de partes establecen que la sede de trabajo es la ciudad de Bogotá. En el evento de que accidentalmente o en forma esporádica u ocasional, el trabajador deba desplazarse de su sede de trabajo por orden o disposición de la Empresa, y devengue viáticos, estos NO CONSTITUYEN SALARIO, de acuerdo con la ley.

OCTAVA: GRAVES FALTAS QUE AMERITAN DESPIDO. Además de las justas causas de terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del patrono consagradas en la ley o el reglamento interno de trabajo, el trabajador podrá ser despedido sin previo aviso cuando realice una de las conductas que a continuación se indican con grave falta para tales efectos: a) la no asistencia puntual al trabajo, sin causa justificad a juicio del empleador, por dos o más veces)b) El incumplimiento de las obligaciones señaladas en la cláusula segunda del presente contrato . c) El hecho de que se reinicia dos veces en desavenencias laborales con los compañeros de trabajo dentro de un mismo calendario. d) El hecho de que el trabajador llegue bajo los efectos de cualquier sustancia embriagante, narcótica o estimulante, así como el consumo de una de las tales sustancias en las dependencias de la Empresa o en el sitio de trabajo, aun por la primera vez. Sin embargo no será grave falta el consumo de bebidas alcohólicas en eventos autorizados por el empleador. e) La no asistencia a la jornada completa o más de trabajo, salvo fuerza mayor caso fortuito o excusa suficiente a juicio del empleador. f) Todo acto inmoral o delictuoso cometido en las dependencias d la empresa aun fuera del horario de trabajo) Todo acto de violencia, injuria, insulto o malos tratamientos en que incurra el trabajador en desempeño de sus labores, contra las personas vinculadas profesionalmente al empleador o contra los usuarios de los servicios que este presta tanto dentro o fuera de las instalaciones de la empresa. h) todo daño causado intencionalmente o con grave negligencia a los bienes, equipos o maquinas utilizados por la empresa. i) La revelación de secretos o informaciones confidenciales de la empresa) La utilización de elementos herramientas o equipos pertinentes a la Empresa en actividades ajenas a ella. k) El hecho de que el trabajador no utilice los elementos de seguridad industria o dotación oficial cuando esté realizando labores que lo requieran así como la omisión en el porte de carnet o documento que identifique al trabajador como empleado de la empresa. l) el incumplimiento de la jornada de trabajo acordaba entre empleador y trabajador.

NOVENA: RESPONSABILIDAD SOBRE ELEMENTOS DE TRABAJO: Los elementos de trabajo, la dotación especial (no incluye calzado ni overoles), herramientas de trabajo, entregados por el patrono al trabajador deberán ser restituidos por este último. En caso de no efectuarse la restitución, el valor de tales elementos o artículos podrá ser descontado de la liquidación final de acreencias laborales, para lo cual el trabajador concede desde ahora la autorización correspondiente.

DECIMA: CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que conozca EL TRABAJADOR en desarrollo de este contrato es de propiedad exclusiva de LA EMPRESA y tendrá carácter reservado y privilegiado, que debe ser respetada por EL TRABAJADOR al conocer dicha información, sin tener derecho a divulgar a favor de terceros o a ustedes para propósitos distintos al objetivo y cumplimiento del presente contrato.

DECIMA PRIMERA: SEGURIDAD SOCIAL Y CESANTIAS. El trabajador informara por escrito la entidad o entidades a las que debe ser afiliado a salud y pensiones, así como lo concerniente al fondo d cesantías. De no hacerse en esta forma el trabajador acepta, bajo su responsabilidad, que la empresa escoja las entidades para tales efectos.

DECIMA SEGUNDA: DIRECCION PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES. Las partes acuerdan que si a la empresa no le fue posible entejar al trabajador personalmente cualquier comunicación relacionada con el contrato de trabajo, aquella podrá radicar dicha correspondencia en la dirección de su residencia. Se tendrá con válida para todos los efectos legales, la fecha en que se ha recibido tal documentación en el último sitio registrado de residencia.

DECIMA TERCERA: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquiera otro contrato verbal o escrito celebrando entré las partes con anterioridad.

DECIMA CUARTA: MODIFICACIONES: Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento

DECIMA SEXTA: CONFORMIDAD: Ambas partes declaran que en el presente contrato se entienden incorporadas en lo pertinente, las disposiciones legales que regulan las relaciones entre la Empresa y sus trabajadores en especial las del contrato de trabajo para el oficio que se suscribe, fuera de las obligaciones consignadas en los Reglamentos de Trabajo y de Higiene y Seguridad Industrial de la Empresa.

Para constancia se firma como aparece, en Bogotá D.C., el 01 (uno) días del mes de julio de 2023.

EL EMPLEADOR,

ANDRES MARTINEZ M.
CC.1.030.536.013
INGEINCOL S.A.S
NIT: 900.868.163-2

EL TRABAJADOR,

C.C. No_____

CALLE 63 SUR N° 64 - 90 Bogotá. Tel-Fax: 6-619803 Cel: 319-6011980
ingeincol@gmail.com

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1						
	2	5/7/22	Janssen	2016 21A	HLT	Yuranis Campo Mercado Aux de Enfermeria C.C. 1050952884 - Reg 165518	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

HOSPITAL LOCAL TURBACO E.S.E

La salud es de todos | Minsaliud

TURBACO Amanecer

CERTIFICADO DE VACUNACION COVID

Nombres: JORGE LUIS

Apellidos: PEREZ PEREZ

Documento de identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] PEP [ ] otro [ ] cual [ ]

No. 3907892

Fecha de nacimiento: Día 30 Mes 08 Año 1985

minerva 10-03

Hoja de vida LA ORIGINAL Minerva 1907

www.formasminerva.com

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. 9 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante: Perez Pery	Nombre(s) del aspirante: Jorge Luis
Fecha de nacimiento: D 30 M 08 A 1985	Lugar de nacimiento: Turbaco Bolivar
Dirección domicilio / Barrio	Ciudad: Bogota
Teléfono	No. Celular: 3216408750
Correo electrónico: JorgeLuis946@Gmail	Nacionalidad: colombiano
Profesión, ocupación u oficio: Maestro de obra	(*) Estado civil: Casado
	Años de experiencia laboral: 9 AÑOS

FOTOGRAFIA RECIENTE Tamaño 3x4 cms.

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: [X] N° 3.907892	(**) Libreta militar N°	Primera clase:	
Extranjería: [ ] Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase:	
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Termine Mi bachiller, en curso de electricidad domestica se Pintor Pintura electrostatica y automotriz se Lebantor muros de cimentacion Lebanto columnas Vigas Lebanto muros en Ladrillos, Colocar adoquin sordineles, tablones

III. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [X]	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 [X] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [X] No [ ]	Nombre: Jonathan Villadiego Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [X] ¿Cuál? Primo	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Francisco	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en: 7 Mes
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mens $ 1.600.000
¿Por qué conceptos? Arriendo, Alimentacion, servicios publicos etc			¿Cuanto es su aspiración salarial? $ Lo asignado
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ]	¿Cuál(es)? Micro Futbol	

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?

Si [X] No [ ] ¿Cuál(es)? Medallas

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

Powered by CamScanner

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (o) o compañera(o) / Cargo actual	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Deisy Ximena Gomez	Ama de Casa		
	Dirección: Cl 16 A # 42-39	Teléfono: 3228046995	Ciudad: Turbaco Bolivar
No. de personas que dependen económicamente de usted: 4	Parentesco: Esposa, hijo, hijo, hijo, hijo	Edades: 37, 18, 10, 13, 2	
Nombre(s) padre(s): Inelso Perez	Profesión, ocupación u oficio: Auxiliar de cosina	Teléfono(s): 3103197843	
Dorsi Arnedo	Pintor y Tibrero		
Nombre(s) hermano(s): Sonia Elena Perez	Profesión, ocupación u oficio: Cajera	Teléfono(s): 3024432659	
Anuar antonio Perez	Pintor		

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2,000	5	Primaria	La Buena Esperanza	Turbaco,
Bachillerato Académico X / Técnico / Comercial / Otro	2022	11	bachillerato	FUNDETEC	Cartagena
Educación Superior Técnico X	2023		curso corto	de electricidad en el sena	
Tecnológico					
Profesional					
Posgrados					

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

¿Cursa estudios actualmente? Si [X] No [ ] ¿Qué tipo de estudios? Curso corto de Maestro

Duración (años, semestres, meses): 40 horas

Año / semestre que cursa:

Nombre de la institución: Sena

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

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

Sistemas Si [ ] No [ ] ¿Qué 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?	1.	Escucha: R B MB	Lectura: R B MB	Escritura: R B MB	Habla: R B MB		
	2.	Escucha: R B MB	Lectura: R B MB	Escritura: R B MB	Habla: 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)
Trabajo Independiente			

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

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 [X] Nocturna [ ] Otra jornada

Motivo del retiro

Powered by CamScanner

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 ☐ ¿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 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 ☐ ¿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 oempleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Jairo de La os	Maestro albañil	Turbaco Bolivar	3059476357
2.	Edilsa Pacheco	ama de casa	Turbaco Bolivar	3126728335

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Inelsa Perez	auxiliar de cosina	Lusero alto	3103197843
2.	ibeth Rodrigues	Cosinera	barrio el amparo	3219244437

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

Nota importante

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

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T, Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 107 (Legis)

Firma del solicitante

Jorge Luis Perez
C.C. 3,907.842

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:11:53 PM horas del 03/07/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **3907892**
Apellidos y Nombres: **PEREZ PEREZ JORGE LUIS**

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.

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.116.554.248**

ROSAS BARRERA

APELLIDOS

JOSE ANTONIO

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-MAY-1998**

AGUAZUL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

31-MAY-2016 AGUAZUL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4604000-01055275-M-1116554248-20190114 0064157540A 1 51320627

Powered by CamScanner

Medellín, 23 de July de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de INGEINCOL SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 BOSA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1116554248	ROSAS BARRERA JOSE ANTONIO	24/07/2023		b248V138	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/07/2023 18:46:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.146, 198.143.41.33, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010626608	2|2|0|7|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ROSAS Primer apellido	BARRERA Segundo apellido	JOSE Primer nombre	ANTONIO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1116554248	Femenino ☐ Masculino ☒	3|1|0|5|1|9|9|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CR 87 74SUR 78 **Dirección**	**Telefono fijo**	3242850960 **Telefono celular**	JOSEROSAS@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	57 **Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS PASEO VILLA DEL RIO - VS PASEO VILLA DEL RIO	VSVILLAORI - VSVILLAORI
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
INGEINCOL SAS	NIT	900868163	01

39.Ubicación

CR 80 P 74 B 40 Dirección	8077066 Teleéfono	INGEINCOL@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010626608

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		2|4|0|7|2|0|2|3

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 y afiliados adicionales.
- **47.** ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **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 Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Jose Rosas	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		
☐	☐	☐	☐	☐		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario
☐		

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE ANTONIO ROSAS BARRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.554.248**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Julio 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 que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

INGEINCOL S.A.S
NIT: 900.868.163-2

CONTRATO INDIVIDUQAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

DATOS EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	INGEINCOL S.A.S
DOMICILIO:	Madalena Bogotá D.C.
DIRECCION:	Calle 63 sur # 64-90

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	JOSE ANTONIO ROSAS BARRERA
NUMERO DE CEDULA:	1.116.554.248
CIUDAD DE DOMIICILIO:	Bogotá
DIRECCION DE RESIDENCIA:	CRA. 87 # 74 SUR - 78
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	Aguazul, 31 de Mayo 1998
ESTADO CIVIL:	Soltero
CARGO U OFICIO:	Ayudante de obra
CLASE DE CONTRATO:	Contrato individual de trabajo por obra o labor contratada
LUGAR O SITIO DE TRABAJO:	Bogotá D.C
FECHA INICIO DE LABORES:	24 de Julio 2023
PORYECTO:	Según se requiera
SALARIO BASICO MENSUAL:	Un Millón de pesos MDA/CTE ($1’160.000)

Entre nosotros ANDRES MARTINEZ MARTINEZ, mayor de Edad y vecino de Bogotá D.C. identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre y representación de la Empresa INGEINCOL S.A.S, sociedad domiciliada en Bogotá D.C identificada con el NIT 900.868.163-2 , y que en el presente contrato se denominara LA EMRESA y la persona identificad como quedo registrado en el encabezamiento de este Contrato y que en adelante se denominará EL TRABAJADOR se suscribe el presente contrato individual de trabajo de labor contratada estipulado en las siguientes cláusulas:

PRIMERA: LABOR CONTRATADA. Poner al servicio del patrono toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en orden al desempeño de las funciones propias del cargo u oficio para el cual ha sido contratado, incluyendo las labores anexas y complementarias, de conformidad con las ordenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes , así mismo , se obliga a no prestar directa o indirectamente servicios laborales a otros empleadores ni a trabajar por cuenta en el mismo oficio durante la vigencia de este contrato.

SEGUNDA: OBLIGACIONES DE TRABAJADOR: En relación con la actividad propia del TRABAJADOR este la ejecutara dentro de las siguientes modalidades que implican claras obligaciones para el mismo, así: a) Observar rigurosamente las normas que le fije LA EMPRESA, para la realización de la labor a que se

refiere el presente contrato de trabajo. b) Cumplir a cabalidad con los deberes y obligaciones que la ley, el reglamento interno y el presente contrato le impongan en su condición de trabajador, así como abstenerse de ejecutar las conductas que se encuentren prohibidas en esos mismos ordenamientos. c) Guardar absoluta reserva, salvo autorización expresa de LA EMPRESA de todas aquellas informaciones que lleguen a su conocimiento, en razón a su trabajo, y que sean por naturaleza privadas, en beneficio de los intereses del empleador. d) Ejecutar por sí mismo las funciones asignadas y representen, respecto al desarrollo de sus actividades. e) Conservar y resistir en buen estado, salvo el deterioro normal, los instrumentos, herramientas, y útiles, que le sean entregados, para el ejercicio de sus funciones, así como los que posteriormente se le asignen, ó sean prestados temporalmente para realizar sus funciones, al igual que manejar escrupulosamente los valores e intereses que se le encomienden por razón de su cargo y a rendir cuenta rigurosa de ellos al empleador. f) Cuidar permanentemente de los intereses y bienes de LA EMPRESA .g) Dedicar la totalidad de su jornada de trabajo a cumplir a cabalidad con sus funciones. h) Programar diariamente su trabajo y asistir puntualmente a las reuniones que ejecute LA EMPRESA las cuales hubiere sido citado. i) Guardar buenas relaciones laborales con compañeros de labor, superiores y clientes, Mantener perfecta disciplina y respeto dentro y fuera de la Empresa para con sus compañeros de trabajo, superiores , clientes , etc. j) Cumplir permanentemente con espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con LA EMPRESA . k) No prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni trabajar por cuenta propia en el mismo oficio. l) No atender durante las horas de trabajo, asuntos y ocupaciones distintas a las que el empleador le encomiende, sin previa autorización de este y a evitar fuera de dichas horas de trabajo, otras labores que afecten su salud u ocasiones el desgaste de su organismo en forma que la impida prestar eficazmente el servicio convenido. m) Aceptar los traslados que determine el patrón dentro de las agencias, sucursales, establecimientos o simples dependencias de la Empresa en todo el territorio nacional. n) Asistir puntualmente al trabajo y cumplir con los turnos de trabajo asignados. O) Informar a la Empresa en forma inmediata sobre cualquier cambio en la dirección de su residencia. En el evento de cualquier notificación que deba hacer la Empresa al trabajador, se tendrá como dirección de la residencia, la última que el trabajador hubiese notificado .p) En general realizara todas las gestiones propias de su cargo.

TERCERA: OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR. a) Pagar al trabajador el salario convenido el cual incluye la remuneración de los descansos dominicales y festivos. Así mismo pagar los beneficios o auxilios no constitutivos de salario que se convengan expresamente con el trabajador con base en el artículo 128 del Código Sustantivo de Trabajo. B) Cumplir los preceptos sobre obligaciones y prohibiciones para el patrono contenidos en la ley, el reglamento interno de trabajo y el presente contrato.

CUARTA: JORNADA DE TRABAJO Y TRABAJO DOMINICAL O FESTIVO. La jornada ordinaria de trabajo será de 48 horas a la semana, de lunes a sábado, de acuerdo al horario diario que fije la empresa o el que acuerden trabajador y Empresa , conforme a la flexibilización de la jornada de trabajo que autoriza la ley 789 de 2002(literal d Art.51) , teniendo en cuenta las necesidades del servicio. Para el reconocimiento y

pago del trabajador suplementario, dominical o festivo, el patrono o sus representantes deben autorizarlo previamente y por escrito para cada caso.

PARAGRAFO 1: La Empresa se reserva la facultada y el trabajador la acepta de trasladarlo a cualquiera de las ciudades, zonas o regiones que tengan establecidas dentro del territorio nacional. La aceptación de este traslado por parte del trabajador forma parte integral de este contrato de trabajo y por quedar fijados los parámetros exigidos por el Art. 39 del C.S.T. cualquier traslado que la empresa ordene no podrá tomarse como modificación de las condiciones o lugar donde el trabajador va inicialmente a prestar sus servicios o los cambios o modificaciones que posteriormente se hagan durante la vigencia del contrato, la hará saber la Empresa al trabajador por escrito. Queda entendido que el traslado NO IMPLICA MODIFICACION DEL SALARIO.

QUINTO: PERIODO DE PRUEBA. Los primeros dos meses del presente contrato se consideran como periodo de prueba y por consiguiente, cualquiera de las partes, podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo.

SEXTA: TERMINO DE DURACION: El trabajador se compromete a poner al servicio de la empresa toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de Ayudante de Obra durante al tiempo que para su especialidad de trabajo lo requiera la ejecución de la labor una vez culminada dicha labor, se dará por terminado, unilateralmente sin aviso de acuerdo a la ley.

SEPTIMA: REMUNERACION: La empresa pagar al trabajador como remuneración por sus servicios: un salario básico de ($1’160.000) pesos entendiéndose que en el pago mensual se encuentra comprendido el de los descansos dominicales y festivos de acuerdo a la ley laboral. Igualmente pagara así mismo se aclara y se deja en pleno conocimiento del empleador y/o presente incapacidad, así mismo se aclara y se deja en pleno conocimiento del empleado que los viáticos no serán contemplados para efectos de liquidación del presente contrato.

PARAGRAFO 1 : Las partes expresamente acuerdan que lo que reciba el trabajador o llegue a recibir en el futuro, adicional a su salario ordinario, ya sean beneficios, viáticos o auxilios habituales u ocasionales , tales como la alimentación, habitación o vestuario, las bonificaciones el transporte o subsidios para el transporte , las bonificaciones anuales por cumplimiento de objetivos, prima extralegal, las primas extralegales de vacaciones, de servicios o Navidad, canones de arrendamiento de vehículo o cualquier título o bajo cualquier otra denominación, NO CONSITUYE SALARIO.

PARAGRAFO 2: Para todos los efectos de partes establecen que la sede de trabajo es la ciudad de Bogotá. En el evento de que accidentalmente o en forma esporádica u ocasional, el trabajador deba desplazarse de su sede de trabajo por orden o disposición de la Empresa, y devengue viáticos, estos NO CONSTITUYEN SALARIO, de acuerdo con la ley.

OCTAVA: GRAVES FALTAS QUE AMERITAN DESPIDO. Además de las justas causas de terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del patrono consagradas en la ley o el reglamento interno de trabajo, el trabajador podrá ser despedido sin previo aviso cuando realice una de las conductas que a continuación se indican con grave falta para tales efectos: a) la no asistencia puntual al trabajo, sin causa justificad a juicio del empleador, por dos o más veces)b) El incumplimiento de las obligaciones señaladas en la cláusula segunda del presente contrato . c) El hecho de que se reinicia dos veces en desavenencias laborales con los compañeros de trabajo dentro de un mismo calendario. d) El hecho de que el trabajador llegue bajo los efectos de cualquier sustancia embriagante, narcótica o estimulante, así como el consumo de una de las tales sustancias en las dependencias de la Empresa o en el sitio de trabajo, aun por la primera vez. Sin embargo no será grave falta el consumo de bebidas alcohólicas en eventos autorizados por el empleador. e) La no asistencia a la jornada completa o más de trabajo, salvo fuerza mayor caso fortuito o excusa suficiente a juicio del empleador. f) Todo acto inmoral o delictuoso cometido en las dependencias d la empresa aun fuera del horario de trabajo) Todo acto de violencia, injuria, insulto o malos tratamientos en que incurra el trabajador en desempeño de sus labores, contra las personas vinculadas profesionalmente al empleador o contra los usuarios de los servicios que este presta tanto dentro o fuera de las instalaciones de la empresa. h) todo daño causado intencionalmente o con grave negligencia a los bienes, equipos o maquinas utilizados por la empresa. i) La revelación de secretos o informaciones confidenciales de la empresa) La utilización de elementos herramientas o equipos pertinentes a la Empresa en actividades ajenas a ella. k) El hecho de que el trabajador no utilice los elementos de seguridad industria o dotación oficial cuando esté realizando labores que lo requieran así como la omisión en el porte de carnet o documento que identifique al trabajador como empleado de la empresa. l) el incumplimiento de la jornada de trabajo acordaba entre empleador y trabajador.

NOVENA: RESPONSABILIDAD SOBRE ELEMENTOS DE TRABAJO: Los elementos de trabajo, la dotación especial (no incluye calzado ni overoles), herramientas de trabajo, entregados por el patrono al trabajador deberán ser restituidos por este último. En caso de no efectuarse la restitución, el valor de tales elementos o artículos podrá ser descontado de la liquidación final de acreencias laborales, para lo cual el trabajador concede desde ahora la autorización correspondiente.

DECIMA: CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que conozca EL TRABAJADOR en desarrollo de este contrato es de propiedad exclusiva de LA EMPRESA y tendrá carácter reservado y privilegiado, que debe ser respetada por EL TRABAJADOR al conocer dicha información, sin tener derecho a divulgar a favor de terceros o a ustedes para propósitos distintos al objetivo y cumplimiento del presente contrato.

DECIMA PRIMERA: SEGURIDAD SOCIAL Y CESANTIAS. El trabajador informara por escrito la entidad o entidades a las que debe ser afiliado a salud y pensiones, así como lo concerniente al fondo d cesantías. De no hacerse en esta forma el trabajador acepta, bajo su responsabilidad, que la empresa escoja las entidades para tales efectos.

DECIMA SEGUNDA: DIRECCION PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES. Las partes acuerdan que si a la empresa no le fue posible entejar al trabajador personalmente cualquier comunicación relacionada con el contrato de trabajo, aquella podrá radicar dicha correspondencia en la dirección de su residencia. Se tendrá con válida para todos los efectos legales, la fecha en que se ha recibido tal documentación en el último sitio registrado de residencia.

DECIMA TERCERA: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquiera otro contrato verbal o escrito celebrando entré las partes con anterioridad.

DECIMA CUARTA: MODIFICACIONES: Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento

DECIMA SEXTA: CONFORMIDAD: Ambas partes declaran que en el presente contrato se entienden incorporadas en lo pertinente, las disposiciones legales que regulan las relaciones entre la Empresa y sus trabajadores en especial las del contrato de trabajo para el oficio que se suscribe, fuera de las obligaciones consignadas en los Reglamentos de Trabajo y de Higiene y Seguridad Industrial de la Empresa.

Para constancia se firma como aparece, en Bogotá D.C., el 22 (ventidos) días del mes de julio de 2023.

EL EMPLEADOR,

ANDRES MARTINEZ M.
CC.1.030.536.013
INGEINCOL S.A.S
NIT: 900.868.163-2

EL TRABAJADOR,

_____

C.C. No_____

CALLE 63 SUR N° 64 - 90 Bogotá. Tel-Fax: 6-619803 Cel: 319-6011980
ingeincol@gmail.com

minerva 10-03

www.formasminerva.com

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	Nombre(s) del aspirante
Rosas Barrera	Jose Antonio
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
D 31 M 05 A 98	Aguazul Casanare
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Kr 87 #74Sur - 78	Bogota
Teléfono	**N°. Celular**
3188589663	3156098384
Correo electrónico	**Nacionalidad**
JR2514603@GMAIL.COM	Colombiano
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
Tec laboral	soltero

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

Años de experiencia laboral

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X]	No. 1116554248	(**) Libreta militar No. 1116554248	Primera clase: [X]
Extranjería: [ ]	Expedida en: AGUAZUL	Distrito No. 009	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [X]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

estoy capacitado con alto grado de responsabilidad para cumplir con funciones asignadas por mis superiores

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [X] No [ ]	¿En qué empresa? Creem CLTDA	Empleado [X] Independiente [ ]	Tipo de contrato indefinido
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Fecha (D / M / A)	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [X] — Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [X] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Edy Lorena	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 5 meses
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 700.000
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ 1400.000
¿Cuál es su principal afición? cumplir con funciones	¿Practica algún deporte? Sí [X] No [ ]	¿Cuál(es)? ciclismo	

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

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

155178336

Powered by CamScanner

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	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Jose Alexander Rojas	conductor	3133528631
Nombre(s) hermano(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**
Hector Alexander Rojas	Vigilante	3024654642

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]		11	Bachiller	COL. SAN AGUSTIN	AGUAZUL
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

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

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

Nombre de la institución

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

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

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

Idiomas Sí [ ] No [X]
¿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)
Creeme			

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
vigilante	seguridad			$1'100.000	$1.300.000

Funciones realizadas: todas las emitidas por mis superiores

Nombre de su jefe inmediato | Cargo: vigilante

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro: ya me pesan las 4 hrs diarias en transporte

Powered by CamScanner

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 ☐ ¿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 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 ☐ ¿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.	William torres	conductor	cll 15a 24 A 113	3102936061
2.	YURI toro	TEC Administrativa	CY 87#74SUR48	3223407685

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Edy lorena barrera	AMA de casa	CY87#74SUR-78	3134292187
2.	Hector Alexander R	vigilante	cr 87 #74 SUR-78	3024657642

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. X (Marque con una X)

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C. 1116554248

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:38:38 PM horas del 23/07/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1116554248**
Apellidos y Nombres: **ROSAS BARRERA JOSE ANTONIO**

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.

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **5.571.903**

DIAZ FINO

APELLIDOS

RAFAEL ANTONIO

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-ENE-1976**

ALBANIA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-MAR-1995 ALBANIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-01036702-M-0005571903-20180911 **0062**554647A 1 9905706625

Powered by CamScanner

Medellín, 25 de July de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de INGEINCOL SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 BOSA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C5571903	DIAZ FINO RAFAEL ANTONIO	26/07/2023		92O24141	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/07/2023 16:34:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.12.146, 198.143.41.33, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 280235 04/16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		DÍA 26 MES 07 AÑO 2023

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: DIAZ	SEGUNDO APELLIDO: FINO	PRIMER NOMBRE: RAFAEL	SEGUNDO NOMBRE: ANTONIO

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]	5571903	F [ ] M [X]	DÍA 03 MES 01 AÑO 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código:	Tipo: F [ ] N [ ] M [ ] Condición: T [ ] P [ ]			SURA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
COLPENSIONES	1160000	CRA81B 45 55 SUR	U. [X] R. [ ]	KENEDY	

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
BOGOTA	BOGOTA D.C.		3227021203	INGEINCOL@GMAIL.COM	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28.. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC									F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	

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 documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
INGEINCOL SAS	C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] N.I. [ ]	900868163		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE63 SUR 64 - 90	BOGOTA	BOGOTA D.C.		6619803	INGEINCOL@GMAIL.COM

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 26 MES 07 AÑO 2023	OFICIAL OBRA	1160000

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/O 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 [ ]
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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE DIEGO CABRERA FALLA
CLAVE AUTOSUR C1310
FECHA 26 - 07 - 2023

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. MOTIVO DE TRASLADO Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a)_____ Identificado(a) con _____ No. _____ [ ]
desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
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 al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
DIAZ FINO RAFAEL ANTONIO	DIANA

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio: Código del departamento:	Número de ficha: Puntaje: Nivel:	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad:	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud
IMPRESO POR CARVAJAL PRINTCO FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-3 TEL. 430 2110

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

O.P. 280235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, DIAZ FINO RAFAEL ANTONIO identificado (a) con R.C. T.I. C.C. X C.E. Otro: _____

número 5571903 de BOGOTA, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ [X] No [ ]
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ [X] No [ ]
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ [X] No [ ]
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ [X] No [ ]
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ [X] No [ ]
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ [X] No [ ]
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ [X] No [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____

y/o correo electrónico: _____

SÍ [ ] No [X]

Cordialmente,

Firma: DIAZ FINO RAFAEL ANTONIO

Tipo ID: CC No. ID: 5571903

Fecha (dd/mm/aaaa): 2023-07-26

Dirección: CRA81B 45 55 SUR

Tel: 3227021203 Municipio BOGOTA

Departamento: BOGOTA D.C.

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS

Asesor: _____

Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

• solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.

• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 ''Hábeas Data''; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	SÍ		SÍ	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
	Ninguno		Secundaria		Normalista		Profesional		Doctorado	
	Preescolar		Media académica o clásica (bachillerato básico)		Técnica Profesional		Especialización		Último Grado	
	Básico Primaria		Media técnica (bachillerato básico)		Tecnológica		Maestría		Aprobado	_____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador		Contratista		Trabaja por su Cuenta	
Inicio Contrato		Fin Contrato				

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación								Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
		NIT		C.C.		C.E.					
		P.A.		T.I.		C.D.					

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	CIUDAD Y FECHA

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RAFAEL ANTONIO DIAZ FINO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **5571903,** se encuentra afiliado/a desde **18/01/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de julio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INGEINCOL S.A.S
NIT: 900.868.163-2

CONTRATO INDIVIDUQAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

DATOS EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	INGEINCOL S.A.S
DOMICILIO:	Madalena Bogotá D.C.
DIRECCION:	Calle 63 sur # 64-90

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:	RAFAEL ANTONIO DIAZ FINO
NUMERO DE CEDULA:	5.571.903
CIUDAD DE DOMIICILIO:	Bogotá
DIRECCION DE RESIDENCIA:	CRA. 81B # 45-55
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	Albania, 03 de enero 1976
ESTADO CIVIL:	Soltero
CARGO U OFICIO:	Oficial de obra
CLASE DE CONTRATO:	Contrato individual de trabajo por obra o labor contratada
LUGAR O SITIO DE TRABAJO:	Bogotá D.C
FECHA INICIO DE LABORES:	26 de Julio 2023
PORYECTO:	Según se requiera
SALARIO BASICO MENSUAL:	Un Millón de pesos MDA/CTE ($1’160.000)

Entre nosotros ANDRES MARTINEZ MARTINEZ, mayor de Edad y vecino de Bogotá D.C. identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre y representación de la Empresa INGEINCOL S.A.S, sociedad domiciliada en Bogotá D.C identificada con el NIT 900.868.163-2 , y que en el presente contrato se denominara LA EMRESA y la persona identificad como quedo registrado en el encabezamiento de este Contrato y que en adelante se denominará EL TRABAJADOR se suscribe el presente contrato individual de trabajo de labor contratada estipulado en las siguientes cláusulas:

PRIMERA: LABOR CONTRATADA. Poner al servicio del patrono toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en orden al desempeño de las funciones propias del cargo u oficio para el cual ha sido contratado, incluyendo las labores anexas y complementarias, de conformidad con las ordenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes , así mismo , se obliga a no prestar directa o indirectamente servicios laborales a otros empleadores ni a trabajar por cuenta en el mismo oficio durante la vigencia de este contrato.

SEGUNDA: OBLIGACIONES DE TRABAJADOR: En relación con la actividad propia del TRABAJADOR este la ejecutara dentro de las siguientes modalidades que implican claras obligaciones para el mismo, así: a) Observar rigurosamente las normas que le fije LA EMPRESA, para la realización de la labor a que se

refiere el presente contrato de trabajo. b) Cumplir a cabalidad con los deberes y obligaciones que la ley, el reglamento interno y el presente contrato le impongan en su condición de trabajador, así como abstenerse de ejecutar las conductas que se encuentren prohibidas en esos mismos ordenamientos. c) Guardar absoluta reserva, salvo autorización expresa de LA EMPRESA de todas aquellas informaciones que lleguen a su conocimiento, en razón a su trabajo, y que sean por naturaleza privadas, en beneficio de los intereses del empleador. d) Ejecutar por sí mismo las funciones asignadas y representen, respecto al desarrollo de sus actividades. e) Conservar y resistir en buen estado, salvo el deterioro normal, los instrumentos, herramientas, y útiles, que le sean entregados, para el ejercicio de sus funciones, así como los que posteriormente se le asignen, ó sean prestados temporalmente para realizar sus funciones, al igual que manejar escrupulosamente los valores e intereses que se le encomienden por razón de su cargo y a rendir cuenta rigurosa de ellos al empleador. f) Cuidar permanentemente de los intereses y bienes de LA EMPRESA .g) Dedicar la totalidad de su jornada de trabajo a cumplir a cabalidad con sus funciones. h) Programar diariamente su trabajo y asistir puntualmente a las reuniones que ejecute LA EMPRESA las cuales hubiere sido citado. i) Guardar buenas relaciones laborales con compañeros de labor, superiores y clientes, Mantener perfecta disciplina y respeto dentro y fuera de la Empresa para con sus compañeros de trabajo, superiores , clientes , etc. j) Cumplir permanentemente con espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con LA EMPRESA . k) No prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni trabajar por cuenta propia en el mismo oficio. l) No atender durante las horas de trabajo, asuntos y ocupaciones distintas a las que el empleador le encomiende, sin previa autorización de este y a evitar fuera de dichas horas de trabajo, otras labores que afecten su salud u ocasiones el desgaste de su organismo en forma que la impida prestar eficazmente el servicio convenido. m) Aceptar los traslados que determine el patrón dentro de las agencias, sucursales, establecimientos o simples dependencias de la Empresa en todo el territorio nacional. n) Asistir puntualmente al trabajo y cumplir con los turnos de trabajo asignados. O) Informar a la Empresa en forma inmediata sobre cualquier cambio en la dirección de su residencia. En el evento de cualquier notificación que deba hacer la Empresa al trabajador, se tendrá como dirección de la residencia, la última que el trabajador hubiese notificado .p) En general realizara todas las gestiones propias de su cargo.

TERCERA: OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR. a) Pagar al trabajador el salario convenido el cual incluye la remuneración de los descansos dominicales y festivos. Así mismo pagar los beneficios o auxilios no constitutivos de salario que se convengan expresamente con el trabajador con base en el artículo 128 del Código Sustantivo de Trabajo. B) Cumplir los preceptos sobre obligaciones y prohibiciones para el patrono contenidos en la ley, el reglamento interno de trabajo y el presente contrato.

CUARTA: JORNADA DE TRABAJO Y TRABAJO DOMINICAL O FESTIVO. La jornada ordinaria de trabajo será de 48 horas a la semana, de lunes a sábado, de acuerdo al horario diario que fije la empresa o el que acuerden trabajador y Empresa , conforme a la flexibilización de la jornada de trabajo que autoriza la ley 789 de 2002(literal d Art.51) , teniendo en cuenta las necesidades del servicio. Para el reconocimiento y

pago del trabajador suplementario, dominical o festivo, el patrono o sus representantes deben autorizarlo previamente y por escrito para cada caso.

PARAGRAFO 1: La Empresa se reserva la facultada y el trabajador la acepta de trasladarlo a cualquiera de las ciudades, zonas o regiones que tengan establecidas dentro del territorio nacional. La aceptación de este traslado por parte del trabajador forma parte integral de este contrato de trabajo y por quedar fijados los parámetros exigidos por el Art. 39 del C.S.T. cualquier traslado que la empresa ordene no podrá tomarse como modificación de las condiciones o lugar donde el trabajador va inicialmente a prestar sus servicios o los cambios o modificaciones que posteriormente se hagan durante la vigencia del contrato, la hará saber la Empresa al trabajador por escrito. Queda entendido que el traslado NO IMPLICA MODIFICACION DEL SALARIO.

QUINTO: PERIODO DE PRUEBA. Los primeros dos meses del presente contrato se consideran como periodo de prueba y por consiguiente, cualquiera de las partes, podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo.

SEXTA: TERMINO DE DURACION: El trabajador se compromete a poner al servicio de la empresa toda su capacidad normal de trabajo en el oficio de Oficial de Obra durante al tiempo que para su especialidad de trabajo lo requiera la ejecución de la labor una vez culminada dicha labor, se dará por terminado, unilateralmente sin aviso de acuerdo a la ley.

SEPTIMA: REMUNERACION: La empresa pagar al trabajador como remuneración por sus servicios: un salario básico de ($1’160.000) pesos entendiéndose que en el pago mensual se encuentra comprendido el de los descansos dominicales y festivos de acuerdo a la ley laboral. Igualmente pagara así mismo se aclara y se deja en pleno conocimiento del empleador y/o presente incapacidad, así mismo se aclara y se deja en pleno conocimiento del empleado que los viáticos no serán contemplados para efectos de liquidación del presente contrato.

PARAGRAFO 1 : Las partes expresamente acuerdan que lo que reciba el trabajador o llegue a recibir en el futuro, adicional a su salario ordinario, ya sean beneficios, viáticos o auxilios habituales u ocasionales , tales como la alimentación, habitación o vestuario, las bonificaciones el transporte o subsidios para el transporte , las bonificaciones anuales por cumplimiento de objetivos, prima extralegal, las primas extralegales de vacaciones, de servicios o Navidad, canones de arrendamiento de vehículo o cualquier título o bajo cualquier otra denominación, NO CONSITUYE SALARIO.

PARAGRAFO 2: Para todos los efectos de partes establecen que la sede de trabajo es la ciudad de Bogotá. En el evento de que accidentalmente o en forma esporádica u ocasional, el trabajador deba desplazarse de su sede de trabajo por orden o disposición de la Empresa, y devengue viáticos, estos NO CONSTITUYEN SALARIO, de acuerdo con la ley.

OCTAVA: GRAVES FALTAS QUE AMERITAN DESPIDO. Además de las justas causas de terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del patrono consagradas en la ley o el reglamento interno de trabajo, el trabajador podrá ser despedido sin previo aviso cuando realice una de las conductas que a continuación se indican con grave falta para tales efectos: a) la no asistencia puntual al trabajo, sin causa justificad a juicio del empleador, por dos o más veces)b) El incumplimiento de las obligaciones señaladas en la cláusula segunda del presente contrato . c) El hecho de que se reinicia dos veces en desavenencias laborales con los compañeros de trabajo dentro de un mismo calendario. d) El hecho de que el trabajador llegue bajo los efectos de cualquier sustancia embriagante, narcótica o estimulante, así como el consumo de una de las tales sustancias en las dependencias de la Empresa o en el sitio de trabajo, aun por la primera vez. Sin embargo no será grave falta el consumo de bebidas alcohólicas en eventos autorizados por el empleador. e) La no asistencia a la jornada completa o más de trabajo, salvo fuerza mayor caso fortuito o excusa suficiente a juicio del empleador. f) Todo acto inmoral o delictuoso cometido en las dependencias d la empresa aun fuera del horario de trabajo) Todo acto de violencia, injuria, insulto o malos tratamientos en que incurra el trabajador en desempeño de sus labores, contra las personas vinculadas profesionalmente al empleador o contra los usuarios de los servicios que este presta tanto dentro o fuera de las instalaciones de la empresa. h) todo daño causado intencionalmente o con grave negligencia a los bienes, equipos o maquinas utilizados por la empresa. i) La revelación de secretos o informaciones confidenciales de la empresa) La utilización de elementos herramientas o equipos pertinentes a la Empresa en actividades ajenas a ella. k) El hecho de que el trabajador no utilice los elementos de seguridad industria o dotación oficial cuando esté realizando labores que lo requieran así como la omisión en el porte de carnet o documento que identifique al trabajador como empleado de la empresa. l) el incumplimiento de la jornada de trabajo acordaba entre empleador y trabajador.

NOVENA: RESPONSABILIDAD SOBRE ELEMENTOS DE TRABAJO: Los elementos de trabajo, la dotación especial (no incluye calzado ni overoles), herramientas de trabajo, entregados por el patrono al trabajador deberán ser restituidos por este último. En caso de no efectuarse la restitución, el valor de tales elementos o artículos podrá ser descontado de la liquidación final de acreencias laborales, para lo cual el trabajador concede desde ahora la autorización correspondiente.

DECIMA: CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que conozca EL TRABAJADOR en desarrollo de este contrato es de propiedad exclusiva de LA EMPRESA y tendrá carácter reservado y privilegiado, que debe ser respetada por EL TRABAJADOR al conocer dicha información, sin tener derecho a divulgar a favor de terceros o a ustedes para propósitos distintos al objetivo y cumplimiento del presente contrato.

DECIMA PRIMERA: SEGURIDAD SOCIAL Y CESANTIAS. El trabajador informara por escrito la entidad o entidades a las que debe ser afiliado a salud y pensiones, así como lo concerniente al fondo d cesantías. De no hacerse en esta forma el trabajador acepta, bajo su responsabilidad, que la empresa escoja las entidades para tales efectos.

DECIMA SEGUNDA: DIRECCION PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES. Las partes acuerdan que si a la empresa no le fue posible entejar al trabajador personalmente cualquier comunicación relacionada con el contrato de trabajo, aquella podrá radicar dicha correspondencia en la dirección de su residencia. Se tendrá con válida para todos los efectos legales, la fecha en que se ha recibido tal documentación en el último sitio registrado de residencia.

DECIMA TERCERA: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquiera otro contrato verbal o escrito celebrando entré las partes con anterioridad.

DECIMA CUARTA: MODIFICACIONES: Cualquier modificación al presente contrato debe efectuarse por escrito y anexarse a este documento

DECIMA SEXTA: CONFORMIDAD: Ambas partes declaran que en el presente contrato se entienden incorporadas en lo pertinente, las disposiciones legales que regulan las relaciones entre la Empresa y sus trabajadores en especial las del contrato de trabajo para el oficio que se suscribe, fuera de las obligaciones consignadas en los Reglamentos de Trabajo y de Higiene y Seguridad Industrial de la Empresa.

Para constancia se firma como aparece, en Bogotá D.C., el 25 (veinticinco) días del mes de julio de 2023.

EL EMPLEADOR,

ANDRES MARTINEZ M.
CC.1.030.536.013
INGEINCOL S.A.S
NIT: 900.868.163-2

EL TRABAJADOR,

_____

C.C. No_____

CALLE 63 SUR N° 64 - 90 Bogotá. Tel-Fax: 6-619803 Cel: 319-6011980
ingeincol@gmail.com

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Rafael Antonio
Apellidos: Diaz Fino
Documento de identidad: CC TI Pasaporte PEP otro cuál
No: 5571903
Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 01 Año 1976

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	Julio 29 2021	Moderna	056D 21A	Cayetano	Olga Zamora	51918357
	2	28/11/21	Moderna	94C074	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA	Diana Hoyos AUX. ENFERMERIA T.P. 7790	

Powered by CamScanner

minerva 10-03

LA ORIGINAL

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
24 07 2023	Oficial de construcción

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Diaz Fino	Rafael Antonio
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
03 01 1976	Albania S. S.
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Kra 81B 45-55 sur Britalia	Bogotá
Teléfono	**No. Celular**
	3227027203
Correo electrónico	**Nacionalidad**
rafael.fino35@gmail.com	colombiano
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
oficial de construcción	unión Libre

Años de experiencia laboral: 10 años

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] Extranjería: [ ]	No. 5571.903 Expedida en: Albania S. S	(**) Libreta militar No. 5571903 Distrito No 2 Sucre	Primera clase: [ ] Segunda clase: [X]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Me caracterizo por ser una persona responsable y cumplidora con mis deberes asignados, y atento para seguir aprendiendo y capacitarme cada dia más, siendo colaborador con mis compañeros de trabajo

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [X] No [ ] Nombre: Jhonatan Villadiego Dependencia: maestro de obra
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [X] No [ ]	Nombre: Jhonatan Villadiego. Dependencia: maestro de obra	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Liliana Jimenez	Teléfono: 3174196277 ¿Hace cuanto tiempo reside en este lugar?: 3 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [ ]	Describalo e indique su valor mensual: Alimentación Servicios Arriendo		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1'100.000
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ el asignado
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		

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

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

Powered by CamScanner

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o): Esmeralda Briceño	Profesión, ocupación u oficio: Enfermera.	Empresa donde trabaja:	
Cargo actual:	Dirección: Kra 81B 45-55 sur	Teléfono: 3103093146	Ciudad: Bogotá
No. de personas que dependen económicamente de usted: 1	Parentesco: Esposa	Edades: 52 años	
Nombre(s) padre(s): Luis Alberto Diaz	Profesión, ocupación u oficio: Fallecido	Teléfono(s):	
Rosabel Fino	Fallecida		
Nombre(s) hermano(s): Cielo Diaz	Profesión, ocupación u oficio: empleada	Teléfono(s): 3125207512	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐	1991	9	Noveno	S. Corazón de Jesus	Albania S.S
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria: 50 horas	Nombre del programa: cimientos y desaguez	Institución: Sena
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria:	Nombre del programa:	Institución:

¿Cursa estudios actualmente? Sí ☐ 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** (81a 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 PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa: Dayca Ingenieria S.A.S	Actividad Económica:	Dirección: Kra 53A 33-49 sur			Teléfono(s): 3115303391	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted: oficial de construcción.	Área del cargo: obra	Fecha Ingreso: 20/08/20	Fecha Retiro: 03/04/23		Sueldo Inicial: $ minimo	Sueldo Final: $ 1'600.000

Funciones realizadas: instalación de tuberias. aguas negras, lluvias, potable, espacio publico instalación de sumideros construcción de pozos

Nombre de su jefe inmediato: Elisabeth perez polania — Cargo: jefe inmediato

Logros obtenidos:

Tipo de contrato: Indefinido ☐ Fijo ☐	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐	Otro ☐	¿Cual? obra y labor.	
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐	1/2 Tiempo ☐	Por horas ☐	Jornada: Diurna ☐	Nocturna ☐	Otra jornada ☐
Motivo del retiro: Voluntario					

Powered by CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Blu logistis		Siberia	329 5000

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
auxiliar de servicios	Bodega	02/01/12	26/08/2015	$ minimo	$minimo

Funciones realizadas
auxiliar de bodega

Nombre de su jefe inmediato: Camilo Andres Lopez | Cargo: jefe de nomina

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro: Voluntario

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 [ ] ¿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.	Henry Acosta Rubiano	inspector de obra		3138492921
2.	Oscar Castillo	maestro general		3235148573

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Esmeralda Briceño.	Enfermera	Kra 81B 45-55 sur	3103093146
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

5574903

C.C.

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:04:17 PM horas del 25/07/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **5571903**
Apellidos y Nombres: **DIAZ FINO RAFAEL ANTONIO**

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.

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

COLOMBIA

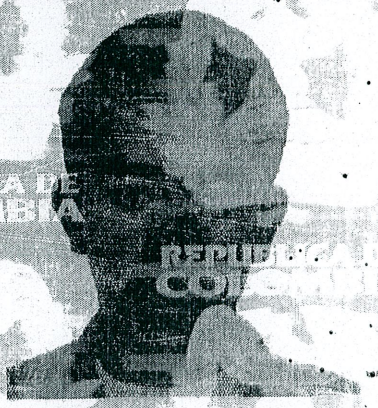
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79220048

PEREZ AVILES
APELLIDOS

CARLOS HENRY
NOMBRES

Carlos Henry Perez A
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-1982
RONCESVALLES
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-FEB-2001 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1524700-39095101-M-0079220048-20010919 05206 01256A 02 100228236

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN DEL DIA 28/05/2021

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	830091870	**Cédula Usuario:**	C 79615157
Nombre:	MAQUINARIA SERVICIOS Y CONSTRUCCIONES LIMITADA				
Dirección:	CRA 38 10 60 OFC 601				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	comercial@maserco.com.co				
Teléfono:	3750153		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5712201 ALQUILER DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONSTRUCCION Y DE INGENIERIA CIVIL CON SUMINISTRO DE OPERARIOS				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
C 79615157	JENRY ALEXANDER MORENO BARRETO

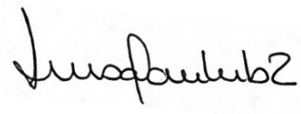
DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2	29/05/2021	C 79220048	PEREZ AVILES CARLOS	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,



Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

A90C7D22C3129CC34E2350A37F3307B8 Certificado impreso el día 5/28/2021 1:32:35 PM por el portal de empresas Edesk


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS


www.positiva.gov.co
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
CARLOS HENRY
PEREZ AVILES
79220048
MAQUINARIA SERVICIOS Y CONSTRUCCIONES LIMITAD
830091870
Este carné es personal e intransferible.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
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 [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: PEREZ	Segundo Apellido: AVILES	Primer Nombre: CARLOS	Segundo Nombre: HENRY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79.220.048	Femenino [ ] Masculino [X]	D D: 0 1 M M: 1 0 A A A A: 1 9 8 2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			POSITIVA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
910.000	CR 15 No. 11 - 11 (Dirección)		Teléfono fijo	3138820204 (Celular)
chitys2011@hotmail.com (Correo electrónico)	SIBATE (Municipio / Distrito)	Zona Urbana [X] Rural [ ]	SIBATE (Localidad / Comuna)	CUNDINAMARCA (Departamento)

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	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	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		
B		
B		
B		
B		
B		

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)
MAQUINARIA, SERVICIOS Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	830.091.870-1	

39. Ubicación				
CR 38 10 60 OF 601 (Dirección)	3750153 (Teléfono)	comercial@maserco.com.co (Correo electrónico)	BOGOTA D.C. (Municipio / Distrito)	BOGOTA D.C. (Departamento)

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 [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido: PEREZ	Segundo Apellido: AVILES	Primer Nombre: CARLOS	Segundo Nombre: HENRY

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
CC	79.220.048	Femenino [ ] Masculino [X]	0 1 1 0 1 9 8 2	2 9 0 5 2 0 2 1

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
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 al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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.

cadena s.a. 05/04/2019 32325

- ORIGINAL ÚNICA -

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SÍ	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: CARLOS HENRY PEREZ AVILES

Identificación: 79.220.048

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____No._____quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.
Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
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 [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: PEREZ	Segundo Apellido: AVILES	Primer Nombre: CARLOS	Segundo Nombre: HENRY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79.220.048	Femenino [ ] Masculino [X]	0 1 / 1 0 / 2 0 2 1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
	Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número 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 P)	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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		
B		
B		
B		
B		

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)
MAQUINARIA, SERVICIOS Y CONSTRUCCIONES SAS	NIT	830.091.870-1	

39. Ubicación				
Dirección: CR 38 10 60 OF 601	Teléfono: 3750153	Correo electrónico: comercial@maserco.com.co	Municipio / Distrito: BOGOTA	Departamento: CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de 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 [X] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido: PEREZ	Segundo Apellido: AVILES	Primer Nombre: CARLOS	Segundo Nombre: HENRY

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
CC	79.220.048	Femenino [ ] Masculino [X]	0 1 / 1 0 / 1 9 8 2	2 9 / 0 5 / 2 0 2 1

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
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 al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
✓	

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del municipio / Código del departamento)	67. Datos del SISBÉN (Número de la ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		La activación en el régimen subsidiado está sujeta al cumplimiento de las normas legales vigentes de movilidad.

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.

cadena s.a. 05/04/2019 32325

- MOVILIDAD -

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CARLOS HENRY PEREZ AVILES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.220.048**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Junio 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.

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el (la) señor(a) CARLOS HENRY PEREZ AVILES identificado(a) con Cédula De Ciudadanía 79220048 se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de MAQUINARIA SERVICIOS Y CONTRUCCIONES SOC IEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA con NIT 8300918701 desde el día 01/08/2022.

JOSE LEONARDO GONZALEZ VEGA
Jefe Sección Afiliación y Postulación

VIGILADO SuperSubsidio

Bogotá D.C.22/08/2022

minerva® 10-03

SIEMPRE AL DIA!®

Hoja de vida LA ORIGINAL Minerva 1903

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en máquina de escribir.

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo

I. INFORMACION GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
PEREZ AVILES	CARLOS HENRI

Lugar y fecha de nacimiento: RONCES VALLES TOLIMA 01-10-82

Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
KR 88D N° 42-21	BOGOTA

Teléfono	No. Celular
7173868	3014131788

Correo electrónico	Nacionalidad
	COLOMBIANO

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
EMPLEADO	UNION LIBRE	8 AÑOS

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: [X] N° 79.220.048 — Extranjería: [ ] Expedida en: SOACHA

(**) Libreta militar N° 79.220.048 — Distrito N° 59 — Primera clase: [ ] Segunda clase: [X]

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

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si [ ] No [ ]		Empleado [ ] Independiente [ ]	

¿Trabajó antes en esta empresa?	¿Solicitó empleo antes en esta empresa?	Fecha (D / M / A)	¿Lo recomienda alguien de esta empresa?	Nombre
Si [ ] No [X]	Si [ ] No [X]		Si [ ] No [X]	SAMUEL
				Dependencia AMIGO

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X] — Nombre — Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?

¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?
BOGOTA	BOGOTA	Si [X] No [ ]

Vive en casa: ¿Familiar?	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	LUIS ORLANDO CANARIA. V		2 MESES

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicos mensuales?
		$ 520.000
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto es su aspiración salarial? $ EL ASIGNADO

¿Cuál(es) es(son) su(s) principal(es) afición(es)? — ¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ] — ¿Cuál(es)?

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

¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

OBJETIVO Mencione brevemente que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

2757235-5

7 702124 007813 >

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

III. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
CARMEN ACEVEDO	AMA DE CASA	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
	KR 88.D N: 42 21	3133743926	BOGOTA

Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
2	ESPOSA HIJO	

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
EISI AVILES JR	ENPIEADA	3134168843

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
CRITIAN AVILES R.	ENPIEADO	3134003881

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	1995	5	PRIMARIA	ANTONIA SANTO	TOLIMA
Bachillerato Clásico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐	2010	11	BACHILLERATO	CENTR EDUCATIVO BOLIVARIANO	BOGOTA
Educación Superior Técnico ☐					
Técnológico ☐					
Profesional ☐					
Postgrados					

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

¿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, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

Sistemas Si ☐ No ☐ ¿Programa(s) que maneja?	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas Si ☐ No ☐ ¿Qué idioma(s) conoce?		Lectura			Escritura			Hablado		
	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

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

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUE CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUE AREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS (*)						AREA DE LA EMPRESA			
AGRICULTURA	☐	Metalurgia	☐	FINANCIERO	☐	Administración	☐	Personal	☐
GANADERIA / AVICULTURA	☐	Maquinaria	☐	INMOBILIARIO	☐	Auditoría	☐	Sistemas	☐
MINERIA	☐	Automotores	☐	INFORMATICO	☐	Bodega	☐	Tesorería	☐
HIDROCARBUROS	☐	Muebles	☐	SALUD	☐	Compras	☐	OTRAS (¿Cuáles?)	☐
INDUSTRIA	☐	Reciclaje	☐	EDUCACION	☐	Contabilidad	☐		
Alimentos y Bebidas	☐	OTROS (¿Cuáles?)	☐	SEGUROS	☐	Costos	☐		
Tabaco	☐		☐	TURISMO / RECREACION	☐	Crédito y Cobranzas	☐		
Textiles y Confecciones	☐		☐	OTROS SERVICIOS	☐	Diseño	☐		
Cuero y Calzado	☐	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA	☐	Asesorías Profesionales	☐	Finanzas	☐		
Papel y Cartón	☐	CONSTRUCCION	☐	Servicios Temporales	☐	Gerencia General	☐		
Editorial y Artes Gráficas	☐	COMERCIO	☐	Seguridad Vigilancia	☐	Impuestos	☐		
Químico y Farmacéutico	☐	HOTELES Y RESTAURANTES	☐	OTROS SECTORES	☐	Mercadeo	☐		
Caucho y Plástico	☐	TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO	☐		☐	Producción	☐		
Vidrio, Cerámica y Cemento	☐	COMUNICACIONES	☐		☐	Publicidad	☐		

(*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas para Colombia DANE.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL, SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
CONTRATITA REY NAIDO RODRIGEZ	CALLE 15 - N° 18-71	3153361757

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
REY NAIDO RODRIGEZ	CONTRATISTA	D 15 M 06 A 2011	D 01 M 04 A 2012

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final o actual	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
10 MESES	$ 750.000	$ 780.000	AYUDANTE

Funciones realizadas

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VOLUNTARIO

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
EPRO. S.A.S	KR 46. N° 71.44 SUR	4128488

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
FRANCISCO	GERENTE	D 10 M 04 A 2012	D 12 M 05 A 2012

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
1 MES	$ 620.000	$ 620.000	AYUDANTE

Funciones realizadas

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VOLUNTARIO

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
MASERCO SAS	Cra 38 #10-60 of 601	3750153

Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso	Fecha de retiro
Jenny Alexander Moran	Operador Maquina	D 11 M 03 A 2014	D — M — A —

Total tiempo servido	Sueldo inicial	Sueldo final	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
3 años 5 mes	$ 616000	$ 738000	Operador Vibros y minicargador

Funciones realizadas

Operador de minicargador y vibrocompactador.

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Entidad promotora de salud (EPS)?	¿Fondo de pensiones?	¿Fondo de cesantías?
Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]	Si [X] No [ ]
¿Cuál? CAFESALUD	¿Cuál? PORVENIR	¿Cuál? PORVENIR
Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:
Cotizante [X] Beneficiario [ ]	Cotizante [X] Beneficiario [ ]	

Si desea imprimir este formato en computador baje en www.formasminerva.com el programa para diligenciarlo e imprimirlo, desprendiendo las hojas por esta perforación

minerva

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.-	Nombre: DIANA ACEVEDO	Ocupación: AMA DE CASA	Dirección: AV C11 8- N: 8961	Teléfono: 3208042321
2.-	Nombre: OSCAR MAURICIO IBAEZ	Ocupación: EMPLEADO	Dirección: AV C11 8- N: 8961	Teléfono: 3115296212
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
3.-	Nombre: BENI AVILES	Ocupación: EMPLEADO	Dirección: KR 46 N: 71-44	Teléfono: 317 3868'

Verificación *(Espacio exclusivo para el empleador)*

1.-

2.-

3.-

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

Baje gratis el archivo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com

Ingrese su Hoja de Vida en: ALIADO LABORAL .COM www.aliadolaboral.com

Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir 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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Carlos H PEREZ A

C.C. 79.220048.

VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
			Asistió a Entrevista		Hora de Llegada
	Día	Hora	Si	No	
1.-					
2.-					

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, **R** - Regular, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos
	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	
Puntualidad							Desempeño en cargos anteriores							
Presentación							Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores							
Aspectos de vigor y salud							Se ajusta al perfil							
Facilidad de expresión														

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador

Segundo entrevistador

Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:41:22 PM horas del 31/07/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79220048**
Apellidos y Nombres: **PEREZ AVILES CARLOS HENRY**

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.750.890

GONZALEZ
APELLIDOS

JONATHAN
NOMBRES

JHONATAN GONZALEZ
FIRMA



Fondo de Pencion Porvenir
EPS = Nueva EPS
Direccion Diagonal #2#38-51 Sur
Celular 3212509384



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-ENE-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ENE-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00281871-M-1033750890-20110223 0025913836A 1 36001795

Powered by CamScanner

Medellín, 10 de July de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de LESMES DUARTE FAVIO.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1033750890	GONZALEZ JONATHAN	11/07/2023		13455922	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 10/07/2023 10:46:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.32.211.73, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 280235 04/16

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Documentos enviados con éxito

Numero de radicacion asociado:
NEPS-717728
17/07/2023 20:05:15
FINALIZAR

FORMULARIO VÍA WEB

N° Radicado NEPS-717728

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]		DÍA MES AÑO

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: GONZALEZ	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE: JONATHAN	SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]	1.033.750.890	F [X]	DÍA 02 MES 01 AÑO 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código:	Tipo: F N M Condición: T P			ARL - SURA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORVENIR	$ 1.160.000	DG 72 38 51 SUR	U. [X] R. [ ]	BOGOTÁ D.C.	

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		3212509384	CONTABILIDADORTIZDIAZ@GMAIL.COM	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		F M	DÍA MES AÑO	

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28.. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD	
				F M	DÍA MES AÑO			Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.
2		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.
3		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.
4		CN RC TI CC CE PA SC						F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA					33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
	Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil				
1			R. U.					I. II.	
2			R. U.					I. II.	
3			R. U.					I. II.	
4			R. U.					I. II.	

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 documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
FAVIO LESMES DUARTE	C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] N.I. [ ]	3.166.666		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
CL 152 B 113 C 12 BL 1 IN 2 AP 301	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	5356591	3177843126	FAVIO.LESMES9@GMAIL.COM

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 10 MES 07 AÑO 2023	AUXILIAR DE OBRA	$ 1.160.000

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/O 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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]		F [ ] M [ ]	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. MOTIVO DE TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a)_____ Identificado(a) con _____ No. _____ [ ]
desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
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 al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
JHONATAN GONZALEZ	Favio Lesmes

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:				1					1

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación		
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR CAYMAR EDICIONES FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 432 2110

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

O.P. 280235 04/16

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, JONATHAN GONZALEZ identificado (a) con R.C. T.I. [X] C.E. Otro: _____
número 1.033.750.890 de BOGOTÁ D.C., certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SÍ [X] No [ ]
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SÍ [X] No [ ]
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SÍ [X] No [ ]
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SÍ [X] No [ ]
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ [X] No [ ]
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SÍ [X] No [ ]
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SÍ [X] No [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3212509384
y/o correo electrónico: CONTABILIDADORTIZDIAZ@GMAIL.COM
SÍ [X] No [ ]

Cordialmente,

Firma: JHONATAN GONZALEZ
Tipo ID: C.C. No. ID: 1.033.750.890
Fecha (dd/mm/aaaa): 02 DE ENERO DE 1992
Dirección: DG 72 38 51 SUR
Tel: 3212509384 Municipio BOGOTÁ D.C.
Departamento: BOGOTÁ D.C.


Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consúltela al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4193000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 ''Hábeas Data''; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
			$	SÍ		Sí	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
Ninguno		Secundaria		Normalista		Profesional		Doctorado	
Preescolar		Media académica o clásica (bachillerato básico)		Técnica Profesional		Especialización		Último Grado	
Básico Primaria		Media técnica (bachillerato básico)		Tecnológica		Maestría		Aprobado _____	

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador		Contratista		Trabaja por su Cuenta	
Inicio Contrato		Fin Contrato				

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación							Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV	
		NIT		C.C.		C.E.					
		P.A.		T.I.		C.D.					

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencia y/o Observaciones	
					CIUDAD Y FECHA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JONATHAN GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.750.890**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Julio 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.

Powered by CamScanner



Favio Lesmes Duarte
NIT: 3166666-9
IVA REGIMEN COMUN
Contratista de obras civiles, urbanismos, espacio publico, vías, alcantarillado y movimiento de tierra.
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NI AUTO RETENEDORES

CONTRATO DE TRABAJO POR LA OBRA O LABOR CONTRATADA.

Nombre del empleador **FAVIO LESMES DUARTE**, numero de cedula **3.166.666** de **SASAIMA (CUNDINAMARCA)**, domicilio del empleador **CLL 152B#113C-12 APT 301**, nombre del trabajador **JONATHAN GONZALEZ**, numero de cedula **1.033.750.890 de BOGOTA D.C (CUNDINAMARCA),** oficio que desempeñará el trabajador **AYUDANTE DE OBRA**, fecha de iniciación de labores **11 DE JULIO DE 2023**, lugar donde se desempeñarán las labores **LOCALIDAD BOSA**, ciudad donde ha sido contratado el trabajador **BOGOTA D.C**, obra o labor contratada.
Entre el empleador y el trabajador, de las condiciones ya dichas identificados como aparece al pie de sus correspondientes firmas se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **Primera.** El empleador contrata los servicios personales del trabajador y este se obliga: a) A poner al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes, y b) A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato. **Segunda.** El empleador pagará al trabajador por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero en las oportunidades también señaladas arriba. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo del Trabajo. Se aclara y se conviene que en los casos en los que el trabajador devengue comisiones o cualquier otra modalidad de salario variable, el 82.5% de dichos ingresos, constituye remuneración ordinaria y el 17.5% restante esta designado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos que tratan los capítulos I y II del título VII del Código Sustantivo de Trabajo. **Tercera.** Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en día domingo o festivo en los que legalmente debe concederse el descanso, se remunerará conforme a la Ley, así como los correspondientes recargos nocturnos. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, dominical o festivo el empleador o sus representantes deben autorizarlo previamente por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, al empleador o sus representantes. El empleador, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o avisado inmediatamente, como queda dicho. **Cuarta.** "EXCLUSION DE LA RELACION LABORAL, teniendo en cuenta que el contratista actúa en plena autonomía técnica y administrativa y sin subordinación frente al FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE BOSA Y el CONSORCIO VIAL BOSA, para las actividades objeto del contrato establecidas previamente. Se excluye vínculo laboral entre la entidad y el Contratista. **Quinta.** El presente contrato se celebra por

Powered by CamScanner



Favio Lesmes Duarte
NIT: 3166666-9
IVA REGIMEN COMUN
Contratista de obras civiles, urbanismos, espacio publico, vias, alcantarillado y movimiento de tierra.
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES NI AUTO RETENEDORES

el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada), según se determino anteriormente. **Sexta.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en el artículo 7° del decreto 2351 de 1965; y, además, por parte del empleado, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el espacio reservado para las cláusulas adicionales en el presente contrato. **Séptima.** Las invenciones o descubrimientos realizados por el trabajador contratado para investigar pertenecen al empleador, de conformidad con el artículo 539 del Código de Comercio, así como el artículo 20 y concordantes de la ley 23 de 1982 sobre derechos de autor. En cualquier otro caso el invento pertenece al trabajador, salvo cuando éste no haya sido contratado para investigar y realice la invención mediante datos o medios conocidos o utilizados en razón de la labor desempeñada, evento en el cual el trabajador, tendrá derecho a una compensación que se fijará dé acuerdo con el monto del salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que reporte al empleador u otros factores similares. **Octava.** Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto al inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del trabajador, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el empleador de conformidad con el numeral 8° del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. El trabajador se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el empleador dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del trabajador y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990. **Novena.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social. **Décima.** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto alguno cualquiera otro contrato verbal o escrito celebrado por las partes con anterioridad. Las modificaciones que se acuerden al presente contrato se anotarán a continuación de su texto.

Favio Lesmes

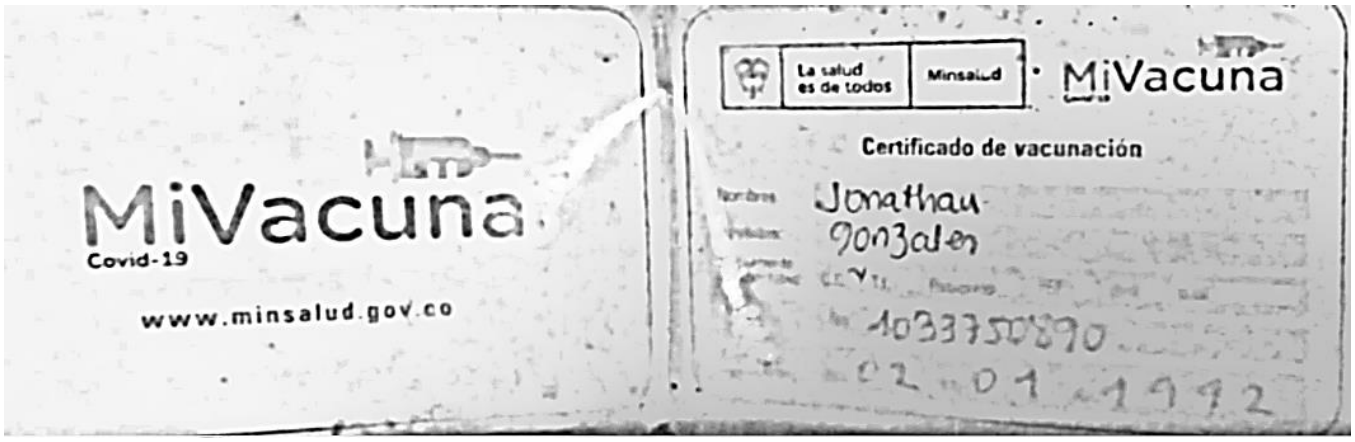
FAVIO LESMES DUARTE
C.C 3.166.666
EMPLEADOR

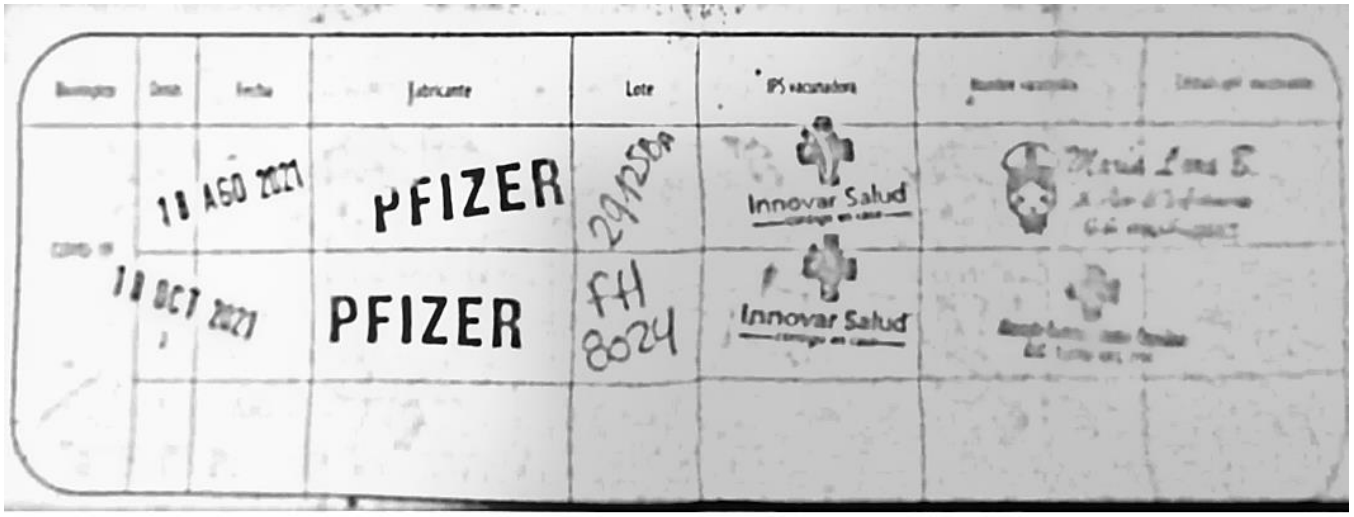
JHONATAN GONZALEZ

JONATHAN GONZALEZ
C.C 1.033.750.890
TRABAJADOR

CLL. 152 B N° 113 C 12 BL 1 INT 2 AP 301 TELEFONOS: 5356591-3177843126
CORREO ELECTRONICO: FAVIO.LESMES9@GMAIL.COM

Powered by CamScanner


MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co
La salud es de todos
Minsalud
MiVacuna
Certificado de vacunación
Jonathan
Gonzalez
1033750890
02 01 1992


Fabricante
Lote
IPS vacunadora
PFIZER
11 AGO 2021
29125DA
Innovar Salud
PFIZER
11 OCT 2021
FH8024
Innovar Salud

minerva
10-03

www.formasminerva.com

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D M A	

I. INFORMACION GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante: Gonzalez
Nombre(s) del aspirante: Jhonatan
Fecha de Nacimiento: D 02 M 01 A 1992
Lugar de Nacimiento: Bogota
Dirección domicilio / Barrio: Diagonal 73 sur # 58-37
Ciudad: Bogotá
Teléfono:
No. Celular: 3212509483
Correo electrónico: patulingonzalez07@gmail.com
Nacionalidad: Colombiana
Profesión, ocupación u oficio: Ayudante de obra
(*) Estado civil: Unión libre
Años de experiencia laboral: 7 años

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía [X] N° 1.033.750.890
Extranjería [ ] Expedida en:
(**) Libreta militar N°: Primera clase [ ] Segunda clase [ ]
Distrito N°:
Tarjeta profesional N°:
¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]
Licencia de conducción N°: Categoría:

II. PERFIL LABORAL

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

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]
¿En qué empresa?
Empleado [ ] Independiente [ ]
Tipo de contrato:
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [X] No [ ]
¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [X] No [ ]
Fecha: D 15 M 03 A 2012
¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [X] No [ ]
Nombre: Juan Quijano
Dependencia: Inspector obra
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X]
Nombre:
Dependencia:
¿Cómo supo del conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [ ] No [X]
Vive en casa: ¿Familiar? [X] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ]
Nombre del arrendador:
Teléfono:
¿Hace cuánto tiempo reside en esta ciudad? 10 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]
Descríbalo e indique su valor mensual:
¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $1.000.000 +
¿Por qué concepto? Alimentación, vivienda, servicios y otros
¿Cuánto es su aspiración salarial? A convenir
¿Cuál es su principal afición?
¿Practica algún deporte? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otras? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

762539199

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

REV. 05-2019

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o): Yenny Herrera	Profesión, ocupación u oficio: Confección	Empresa donde trabaja: Independiente	
Cargo actual: Costura	Dirección: Carrelo 34 B # 71 A 36	Teléfono: 3142721762	Ciudad: Bogotá
N° de personas que dependen económicamente de usted: 3	Parentesco: Padre - esposa - hija	Edades: 34, 22, 3 años	
Nombre(s) padre(s): Jesus Galvez	Profesión, ocupación u oficio: Desempleado	Teléfono(s): 3143884177	
Esperanza Gonzalez	Ama de casa	3213207872	
Nombre(s) hermanos(s): Jessica Gonzalez	Profesión, ocupación u oficio: Oficios varios	Teléfono(s): 3145540663	
Yeferson Galvez Gonzalez	Estudiante	3214958753	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	2003	6	Primaria	IED Paraiso Mirador	Bogotá
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐	2007	8	octavo	IED Paraiso Mirador	Bogotá
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Postgrados					

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

¿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 ULTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa: 2V construcciones	Actividad Económica: construcción	Dirección: Carrera 7 # 115-60				Teléfono(s): 3003417636
Cargo(s) desempeñado(s) por usted: Almacenista	Área del cargo	Fecha Ingreso: 10 07 2022	Fecha Retiro: 05 06 2023	Sueldo Inicial: $1.400.000	Sueldo Final: $1.450.000	
Funciones realizadas: Entrega y recepción de materiales de construcción						
Nombre de su jefe inmediato: Juan Quijano	Cargo: Maestro encargado					
Logros obtenidos						
Tipo de contrato: Indefinido ☒ Fijo ☐ ¿Cuánto tiempo?	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: Finalización obra						

minerva

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Constructora Camacon SAS	construtura	Carrera 96 #72-19	7049548

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Ayudante obra		15 / 03 / 2021	14 / 09 / 2021	$1.400000	$1.400000

Funciones realizadas: Ayudante obra

Nombre de su jefe inmediato: Fabio Lesmer — Cargo: contratista

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro: Cambio de contrato

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.	Pedro León Toro	conductor	cll 71G #27A59	3175397107
2.	Cristian Rivera	Maestro obra	Transversal 17B 36	3172549515

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Yenny Herrera	Costura	cll 34 B #71A36	3142727762
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C. 1039750670

minerva

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 226921385

WEB
18:07:49

Bogotá DC, 10 de julio 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) JONATHAN GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033750890:

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.

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
No. 5940121
CANELON MARTINEZ
APELLIDOS
RICARDO MANUEL
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
26613151
DNI Nro.
17-02-1999
FECHA DE NACIMIENTO
19-04-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
VISIBLES
Ricardo
FIRMA


E2151660
INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia
cualquier cambio en la condición o información migratoria.
MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co
Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia
IPCOL5940121<<8<<<<<<<<<<<<<<<
9902174M3105308VENE2151660<<<3
CANELON<MARTINEZ<<RICARDO<MANU

Medellín, 30 de Junio de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL RIESGO 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
X5940121	CANELON MARTINEZ RICARDO MANUEL	30/06/2023		21511421	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10307009672318161813

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/06/2023 17:10:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.30.97.10, 192.230.86.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FUA Digital No. 750311407

Proceso Formulario con Firmas

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual { - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] } B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
CANELON	MARTINEZ	RICARDO	MANUEL
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
PT	5940121	Femenino Masculino	D D M M A A A A

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
		1,160,000

18. Residencia — Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
DINALITO- KRA 93 A SUR 41 18		(320) 327-0251	ricardocanelon@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL	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	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Municipio / Distrito	Zona		Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	(A registrar por la E.P.S.)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
B		
B		

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 (A registrar por la E.P.S.)
JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.		NI-901285772	

39. Ubicación — Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de 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 del 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

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de Radicación	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		29/06/2023

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.PS. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la E.PS. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.PS. 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 E.PS. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
PT-5940121-CANELON RICARDO	NI-901285772-JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio [ ] Código del Departamento [ ]	Número de Ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones:

APLICAR FECHA DE RETIRO A:

RECIBIDO PARA ESTUDIO EPS SANITAS

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
Estupiñan Estupiñan Lorenzo C.C. No.		

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

junio 30, 2023 15:31

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RICARDO MANUEL CANELON MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía de extranjería **5940121**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Junio 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 que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Bogotá DC. 30 de Junio de 2,023

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/6/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CE 5940121
Nombres y Apellidos	RICARDO MANUEL CANELON MERTINEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901285772
Razón Social Empleador	JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	30/6/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	30/6/2023
Cargo	ayudante e obra
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM
VIGILADO SuperSubsidio

JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901.285.772-9
OBRAS CIVILES Y URBANISMO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR.

Nombre del empleador:	JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
Domicilio del empleador:	CLL 38 C # 73 D 90
Identificación del empleador	901.285.772-9
Nombre del trabajador:	Ricardo Manuel Canelon Martinez
Identificación del trabajador:	5940121
Obra o labor contratada:	Ayuante de obra
Salario:	$ 1`200.000

Salario Integral
Fecha de inicio del contrato: 04 de julio 2023
Lugar donde desempeñará las labores: Bogotá

Entre los suscritos, JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS con NIT No. 901.285.772 de Bogotá**,** quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR, y** de otra parte Ricardo Manuel Canelon Martinez también mayor de edad identificado(a) con la cédula de extranjería No 5940121 Ricardo Manuel Canelon Martinez Ricardo Manuel Canelon Martinez quien obra en su propio nombre y en adelante se llamará **EL TRABAJADOR,** han acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo por obra o labor determinada**,** contenido en las siguientes cláusulas:

OBJETO: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para que éste desarrolle las actividades propias de la labor de **operador** para el EMPLEADOR, en virtud de los contratos comerciales celebrados entre parte Ricardo Manuel Canelon Martinez y el Empleador con el objeto de realizar las labores designadas.

REMUNERACIÓN. Por el servicio que preste EL TRABAJADOR de conformidad con el presente contrato, EL EMPLEADOR le reconocerá una remuneración de 1`200.000 (no liquidables) por mes de trabajo, pagado cada 15 días. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos.

Las horas extras que se realicen se pagaran en su respectiva quincena.

SEGURIDAD SOCIAL: La seguridad social se paga mes vencido.

Se paga sobre el Mínimo Legal Vigente del respectivo año actual.

PARÁGRAFO: Las partes de común acuerdo y mediante este contrato de trabajo, convienen que no constituye salario para ningún efecto, las sumas de dinero que por concepto de horas extras reciba del EMPLEADOR durante la vigencia del contrato, en dinero o en especie, a cualquier título o bajo cualquier otra denominación por ser reconocidas por mera liberalidad algunas y otras para facilitar la prestación del servicio.

- **JORNADA.** EL TRABAJADOR se obliga a trabajar 9 horas al día en el horario comprendido entre las 7:00 am – 5:00 pm determinadas por EL EMPLEADOR, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada en la siguiente forma: n/a

- **TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA.** Son justas causas para terminar unilateralmente el presente contrato las siguientes:

  - Incumplir horarios de trabajo
  - Faltar a la obra sin justa causa
  - Irrespetar a sus compañeros o jefes
  - No cumplir con labores asignadas
  - No portar elementos de protección
  - Incurrir en abuso de confianza con el empleador
  - Consumir bebidas embriagantes o sustancias durante el horario laboral
  - Fingir una enfermedad o accidente
  - Abuso de autoridad y acosos sexual

Además, por parte de EL EMPLEADOR, las siguientes faltas que para el efecto se califican como graves:

  - No pagar salarios en fechas estipuladas
  - Faltar al respeto
  - Humillar o menospreciar al trabajador
  - No brindar dotación ni elementos de protección
  - No brindar elementos de trabajo adecuados para sus funciones
  - Acoso laboral y/o persecución
  - Desprotección cuanto a la seguridad social

- **CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD.** EL TRABAJADOR asume el compromiso de guardar absoluta reserva de toda aquella información relativa al Empleador, y/o relativa a los socios, clientes y/o usuarios o relaciones con ellos; las estrategias y/o acciones y/o determinaciones de naturaleza operativa, administrativa, financiera, contable, comercial, de calidad y/o de gestión humana que utilice EL EMPLEADOR; durante su vinculación y aún después de haber terminado el vínculo laboral por cualquier causa.

EL EMPLEADOR:

JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901285772-9

EL TRABAJADOR:
Ricardo Manuel Canelon Martinez
C.C. 5940121

minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (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: Canelón Martínez	Nombre(s) del aspirante: Ricardo Manuel
Fecha de nacimiento: D 17 M 02 A 99	Lugar de nacimiento: Maracay - edo - Aragua - Venezuela
Dirección domicilio / Barrio: Dindalito - Kra 93 A sur 41-18	Ciudad: Bogota
Teléfono: 320-327-0251	N°. Celular:
Correo electrónico: RicardoCanelón93@GMAIL.com	Nacionalidad: Venezolano
Profesión, ocupación u oficio: Oficios varios	(*) Estado civil: Soltero.
	Años de experiencia laboral:

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [ ] Extranjería: [ ]	No. 5940121. Expedida en: 19-04-2022	(**) Libreta militar No. Distrito No.	Primera clase: [ ] Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [X]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona responsable y competente a cualquier tipo de trabajo asignado que sea necesario.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [ ] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador	Teléfono: 3144335622 ¿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? $ 800.000
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ El mínimo
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [X] No [ ]	¿Cuál(es)? Rugby.	

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

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

OP 54997
14900833
7021240078137

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Moto lavado Full WASHIR			

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

Funciones realizadas

Policiado desmanchado lavado de Motor

Nombre de su jefe inmediato	Cargo
John Edisson Roldan Baquero.	Propietario

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro: Otro Trabajo.

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 [ ] ¿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.	Nestor Zarraga.	Oficios varios	Patio bonito.	3223341557.
2.	José Angel mata	mecanico	Patio bonito	3043290039.

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	maira martinez	Costurera	Dindalito.	3203270251.
2.	Viviana Rojas	aseo General.	Dindalito	3108613184

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.

OP 54997

VALIDE LA AUTENTICIDAD DE LA HOJA DESPRENDIENDO LA TIRILLA DE SEGURIDAD

minerva

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5940121

COL

CANELON MARTINEZ
APELLIDOS

RICARDO MANUEL
NOMBRES

VEN — NACIONALIDAD
M — SEXO

26613151
DNI Nro.

17-02-1999
FECHA DE NACIMIENTO

19-04-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

Ricardo
FIRMA

E2151660

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5940121<<8<<<<<<<<<<<<<<<
9902174M3105308VENE2151660<<<3
CANELON<MARTINEZ<<RICARDO<MANU

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:55:05 PM horas del 29/06/2023, el ciudadano extranjero con:
Cédula de Extranjería N° **5940121**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.111.794.313
QUIÑONES GRUESO
APELLIDOS
STERLING ARVEY
NOMBRES
STERLING
FIRMA

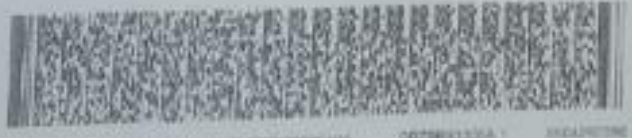


calle 48 N-46 este 76
celular 3115540561-
3239724572



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1992
BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-OCT-2011 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-1524750-01281694-M-1111794313-20120405 0078833304 A 1 1940079E

Medellín, 30 de Junio de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL RIESGO 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1111794313	QUIÑONES GRUESO STERLING ARVEY	30/06/2023		5190S382	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10307009672318161739

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 30/06/2023 17:08:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.30.97.10, 192.230.86.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9010173519
9010173519

No. de Radicación: 26430538

Fecha de Radicación: 29 | 06 | 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación: X	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia: X	A. Contributivo: X	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades:	• Beneficiario o afiliado adicional:	B. Subsidiado:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	B. Colectiva:		C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	C. Institucional:				
	D. De oficio:				

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: QUIÑONES	Segundo Apellido: GRUESO	Primer Nombre: STERLING	Segundo Nombre: ARVEY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1111794313	Femenino: Masculino: X	D 04 D M 06 M A 1992 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
6	Tipo: F N M Condición: T P	0		SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.160.000	CLL 48 N 46 BESTE 76		NT	3115540561
Correo electrónico	Municipio / Ciudad: BOGOTA	Zona Urbana: X Rural:	Localidad / Comuna	Teléfono fijo: DISTRITO CAPITAL

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	23. Fecha de nacimiento
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrarpo rla 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	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	1
B		
B		
B		
B		
B		

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)
JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS	NT	901285772	

39. Ubicación	Teléfono		Municipio / Distrito	Departamento
CRA 84F N 56A 52 SUR	3107758886	jeysoncastro54@gmail.com	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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: 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 del 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

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	42. Fecha novedad
				D D M M A A A A	29 06 2023

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	X
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	X
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	X
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	X

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

71. Firma del funcionario

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.

VIGILADO Supersalud

PORTESCO S.A. NIT. 860.515.402 - 8 TEL. (1)324 50 99
07/2016

INTERNET

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010173519
9010173519

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos STERLING ARVEY QUIÑONES GRUESO
Identificación: CC 1111794313

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos STERLING ARVEY QUIÑONES GRUESO
Identificación: CC 1111794313

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos
de quien no sabe o _____
no puede firmar: _____

Huella

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

STERLING ARVEY QUIÑONES GRUESO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.111.794.313**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Junio 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.

Bogotá DC. 30 de Junio de 2,023

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/6/2023, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1111794313
Nombres y Apellidos	STERLING ARVEY QUIÑONES GRUESO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 901285772
Razón Social Empleador	JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	30/6/2023
Fecha de Ingreso a Compensar	30/6/2023
Cargo	ayudante e obra
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1160000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio

JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901.285.772-9
OBRAS CIVILES Y URBANISMO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR.

Nombre del empleador:	JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
Domicilio del empleador:	CLL 38 C # 73 D 90
Identificación del empleador	901.285.772-9
Nombre del trabajador:	Sterling Arvey Quiñones Grueso
Identificación del trabajador:	1.111.794.313
Obra o labor contratada:	Ayudante de obra
Salario:	$ 1`200.000

Salario Integral
Fecha de inicio del contrato: 04 de julio 2023
Lugar donde desempeñará las labores: Bogotá

Entre los suscritos, JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS con NIT No. 901.285.772 de Bogotá**,** quien en adelante se denominará **EL EMPLEADOR, y** de otra parte Sterling Arvey Quiñones Grueso Arrieta mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 1.111.794.313 quien obra en su propio nombre y en adelante se llamará **EL TRABAJADOR,** han acordado celebrar el presente contrato individual de trabajo por obra o labor determinada**,** contenido en las siguientes cláusulas:

OBJETO: EL EMPLEADOR contrata los servicios personales de **EL TRABAJADOR** para que éste desarrolle las actividades propias de la labor de **operador** para el EMPLEADOR, en virtud de los contratos comerciales celebrados entre parte Sterling Arvey Quiñones Grueso y el Empleador con el objeto de realizar las labores designadas.

REMUNERACIÓN. Por el servicio que preste EL TRABAJADOR de conformidad con el presente contrato, EL EMPLEADOR le reconocerá una remuneración de 1`200.000 (no liquidables) por mes de trabajo, pagado cada 15 días. Dentro de este pago se encuentra incluida la remuneración de los descansos dominicales y festivos.

Las horas extras que se realicen se pagaran en su respectiva quincena.

SEGURIDAD SOCIAL: La seguridad social se paga mes vencido.

Se paga sobre el Mínimo Legal Vigente del respectivo año actual.

PARÁGRAFO: Las partes de común acuerdo y mediante este contrato de trabajo, convienen que no constituye salario para ningún efecto, las sumas de dinero que por concepto de horas extras reciba del EMPLEADOR durante la vigencia del contrato, en dinero o en especie, a cualquier título o bajo cualquier otra denominación por ser reconocidas por mera liberalidad algunas y otras para facilitar la prestación del servicio.

- **JORNADA.** EL TRABAJADOR se obliga a trabajar 9 horas al día en el horario comprendido entre las 7:00 am – 5:00 pm determinadas por EL EMPLEADOR, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada en la siguiente forma: n/a

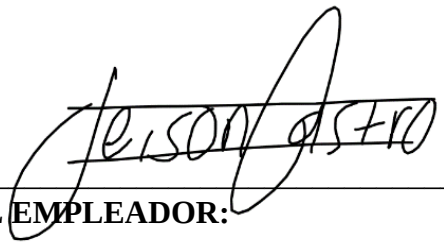
- **TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA.** Son justas causas para terminar unilateralmente el presente contrato las siguientes:

  - Incumplir horarios de trabajo
  - Faltar a la obra sin justa causa
  - Irrespetar a sus compañeros o jefes
  - No cumplir con labores asignadas
  - No portar elementos de protección
  - Incurrir en abuso de confianza con el empleador
  - Consumir bebidas embriagantes o sustancias durante el horario laboral
  - Fingir una enfermedad o accidente
  - Abuso de autoridad y acosos sexual

Además, por parte de EL EMPLEADOR, las siguientes faltas que para el efecto se califican como graves:

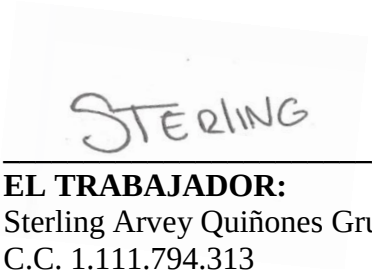
  - No pagar salarios en fechas estipuladas
  - Faltar al respeto
  - Humillar o menospreciar al trabajador
  - No brindar dotación ni elementos de protección
  - No brindar elementos de trabajo adecuados para sus funciones
  - Acoso laboral y/o persecución
  - Desprotección cuanto a la seguridad social

- **CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD.** EL TRABAJADOR asume el compromiso de guardar absoluta reserva de toda aquella información relativa al Empleador, y/o relativa a los socios, clientes y/o usuarios o relaciones con ellos; las estrategias y/o acciones y/o determinaciones de naturaleza operativa, administrativa, financiera, contable, comercial, de calidad y/o de gestión humana que utilice EL EMPLEADOR; durante su vinculación y aún después de haber terminado el vínculo laboral por cualquier causa.



EL EMPLEADOR:

JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT: 901285772-9



EL TRABAJADOR:
Sterling Arvey Quiñones Grueso
C.C. 1.111.794.313

6:01 • • 90 %



STERLING ARVEY QUIÑONES GRUESO

INFORMACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.111.794.313 de Bogotá

FECHA DE NACIMIENTO 04 de junio de 1992

LUGAR DE NACIMIENTO

Buenaventura Valle

ESTADO CIVIL

Unión libre

DIRECCIÓN calle 38G # 52ª -16 este

TELÉFONO 313 417 2204

PERFIL PROFECIONAL

Powered by CamScanner

ESTUDIOS REALIZADOS

SECUNDARIA

INSTITUCION EDUCATIVA BUENOS AIRES
11 ° 2012 – Soacha

OTROS

TALLER DE COMPETENCIAS TRANVERSALES
DURACION: 40 HORAS
SOACHA 12 DE AGOSTO DE 2017

REFERENCIAS LABORALES

EMPRESA TOLEDO TEXTILES Y MANOFACTURA
JEFE INMEDIATO: SANDRA MILENA ROJAS
TELEFONO 322 537 2769
CARGO Operario de aseo
DURACION: 04/01/2017 hasta 23/03/2017

EMPRESA SEIN INTERVENTORIA
JEFE INMEDIATO: JOSE WILVER
TELEFONO 311 377 8547
CARGO electricista

Powered by CamScanner

6:02 • • 90 %

PERFIL PROFECIONAL

BÁSICA SECUNDARIA, CON EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE SERVICIOS GENERALES, DESARROLLANDO FUNCIONES COMO: ASEO DE ÁREAS COMUNES Y PRIVADAS, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES, RECOLECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DESECHOS EN RUTA SANITARIA, LIMPIEZA EN CENTROS COMERCIALES, OFICINAS, ASCENSORES, ESCALERAS ELÉCTRICAS, AULAS, OFICINAS, ZONAS VERDES, MANEJO DE MAQUINARIA INDUSTRIAL DE ASEO (AUTO BRILLADORA). CON COMPETENCIAS COMO SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES, COMPROMISO, TRABAJO EN EQUIPO Y ACTITUD DE SERVICIO.

DISPONIBILIDAD DE TIEMPO COMPLETO E INMEDIATO.

ESTUDIOS REALIZADOS

SECUNDARIA

INSTITUCION EDUCATIVA BUENOS AIRES

11 ° 2012 – Soacha

OTROS

TALLER DE COMPETENCIAS

Powered by CamScanner

JEFE INMEDIATO: Martha Orjuela

TELEFONO 313 854 83 55

CARGO AYUDANTE

DURACION: 18/04/2018 hasta 17/03/2019

REFERENCIAS PERSONALES

MARIA LUCELLY GRUESO

Operaria

Tel. 318 706 8393

MARIA ANGELA MOYA

Empleada

Cel. 313 417 2204

REFERENCIAS FAMILIARES

JOSE WILSON SANABRIA

Cuñado

Tel 321 909 7889

STERLING QUIÑONES
C.C. 1.111.794.313 DE BOGOTA

Powered by CamScanner

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:52:29 PM horas del 29/06/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1111794313**
Apellidos y Nombres: **QUIÑONES GRUESO STERLING ARVEY**

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.

Volver al Inicio



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.073.674.942
CAMPOS FERNANDEZ

APELLIDOS
FABIAN

NOMBRES

FIRMA