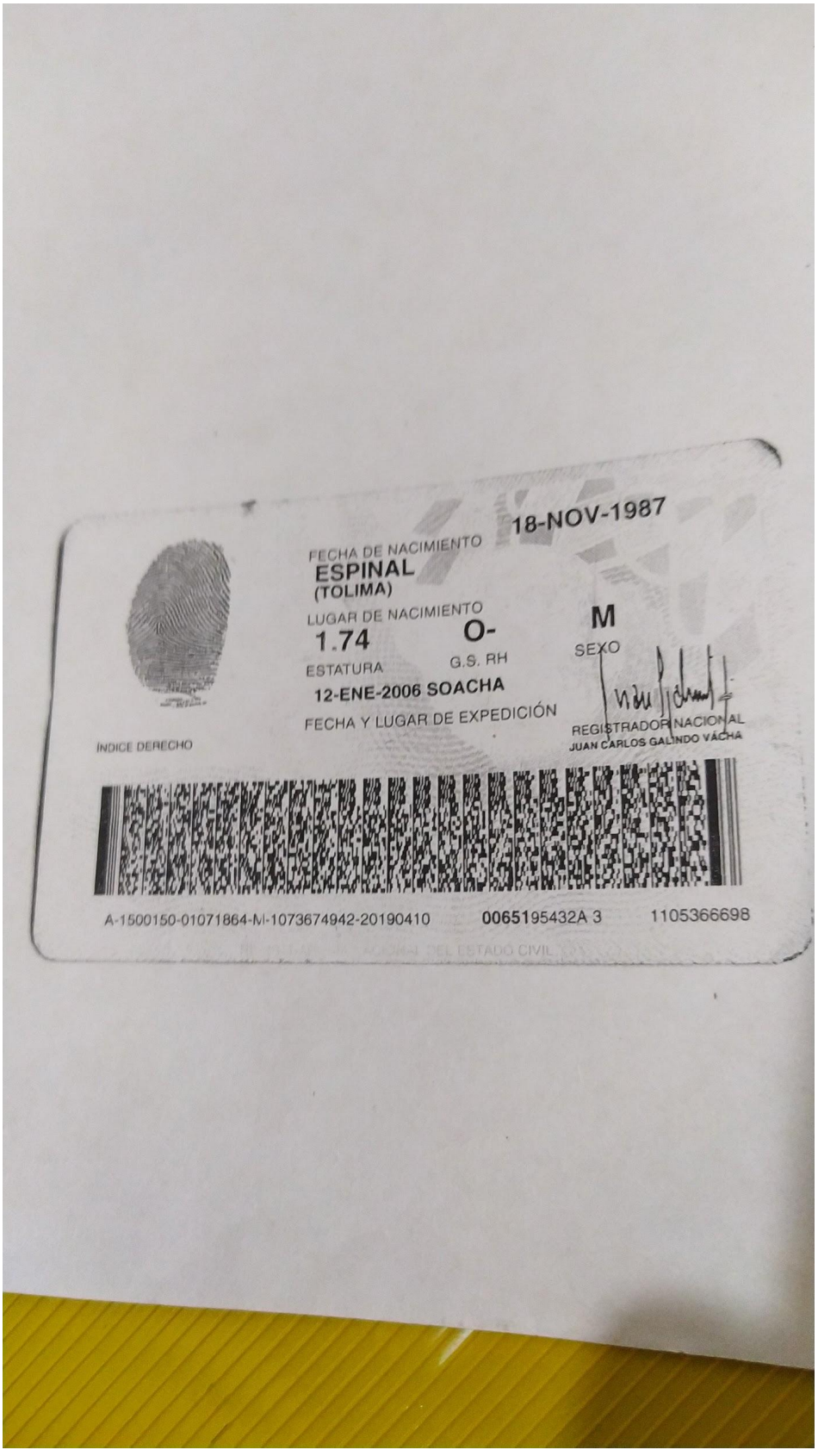


FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1987

ESPINAL
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 O- M

ESTATURA G.S. RH SEXO

12-ENE-2006 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01071864-M-1073674942-20190410 0065195432A 3 1105366698

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1073674942 | CAMPOS FERNANDEZ FABIAN | 30/06/2023 | | zO151151 | 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:C10307009672318161777

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 17:09:37 .
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

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 **FABIAN CAMPOS FERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1073674942,** se encuentra afiliado/a desde **20/10/2006** 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 29 de junio 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

# 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. 750311403

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 | | | |
|---|---|---|---|
| CAMPOS | FERNANDEZ | FABIAN | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| CC | 1073674942 | 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 |
|---|---|---|---|---|
| | DG 52C SUR 26 00 81 | | (319) 575-6490 | RATINOLENOS@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 F | Tipo N | Tipo M | Condición T | Condición P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
|---|---|
| CC-1073674942-CAMPOS FABIAN | 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<br>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 15:27

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 1073674942 |
| Nombres y Apellidos | FABIAN CAMPOS FERNANDEZ |
| 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: | Fabian Campos Fernandez |
| Identificación del trabajador: | 1.073.674.942 |
| 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 Fabian Campos Fernandez también mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 1.073.674.942 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 Fabian Campos Fernandez 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

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

- **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:**
Fabian Campos Fernandez
C.C. 1.073.674.942

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| Campos | Fernadez | Fabian |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 1073674942 — *SEXO*: F ( ) M (●) — *NACIONALIDAD*: COL (●) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*:

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (●) NÚMERO 1073674942 D.M Soacha

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 18 MES 11 AÑO 1987

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Boguota

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Dg 52c sur 26 0081. 02

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Boguota

TELÉFONO 3195756490 EMAIL ratinolenos@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* Bachiller comercial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 (X) MES 11 AÑO 2010 |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No.SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TL | 3 | | X | Ilustración Digital | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| *IDIOMA* | *LO HABLA* R | B | MB | *LO LEE* R | B | MB | *LO ESCRIBE* R | B | MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

| *EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: J.E JAIMES ingenieros | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Cundinamarca | *MUNICIPIO*: Boguota | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: r.diaz@jejaimes.com.co | |
| *TELÉFONOS*: 359 9300 | *FECHA DE INGRESO*: DÍA 08 MES 11 AÑO 2022 | *FECHA DE RETIRO*: DÍA 10 MES 01 AÑO 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*: Alludante de obra | *DEPENDENCIA*: No | *DIRECCIÓN*: Carrera 63A n 21"36 | |

| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO | *FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* | |

| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO | *FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* | |

| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*: DÍA MES AÑO | *FECHA DE RETIRO*: DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* | |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

**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.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.063.786.894
JARAMILLLO ARRIETA

APELLIDOS
CARLOS ALFONSO

NOMBRES

carlos Jaramillo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-SEP-1996
PUERTO LIBERTADOR
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-MAY-2015 NECHI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0119100-00718953-M-1063786894-20150703 0044690798A 1 42107633

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1063786894 | JARAMILLO ARRIETA CARLOS ALFONSO | 30/06/2023 | | 23829747 | 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:C10307009672318161701

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 17:08:19 .
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

9010175388

9010175388

No. de Radicación: 26433871

Fecha de Radicación: 30 / 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: JARAMILLLO | Segundo Apellido: ARRIETA | Primer Nombre: CARLOS ALFONSO | Segundo Nombre: ALFONSO |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1063786894 | Femenino: Masculino: X | D 23 D M 09 M A A 1996 A 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 | CRA 2 ESTE 31 A SUR 26 | | NT | 3103776950 |
| Correo electrónico | BOGOTA | Zona Urbana: X Rural: | Localidad / Comuna | 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 | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento | Datos complementarios 29. Parentesco | Datos complementarios 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |

| | 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 | Correo electrónico | 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: X 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 nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino: Masculino: | D D M M A A A A | 29 / 06 / 2023 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| SALUD TOTAL S.A. | Código: 1 | |

## 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 | | 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

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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.

FORTECO S.A. NIT. 860.515.402 - 8 TEL. (1)624 50 99

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9010175388

9010175388

## 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** CARLOS ALFONSO ALFONSO JARAMILLLO

**Identificación:** CC 1063786894

## 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** CARLOS ALFONSO ALFONSO JARAMILLLO

**Identificación:** CC 1063786894

"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:

**CARLOS ALFONSO JARAMILLLO ARRIETA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.063.786.894**, 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 | CC 1063786894 |
| Nombres y Apellidos | CARLOS ALFONSO JARAMILLLO ARRIETA |
| 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: | Carlos Alfonso Jaramillo Arrieta |
| Identificación del trabajador: | 1.063.786.894 |
| 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 Carlos Alfonso Jaramillo Arrieta mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 1.063.786.894 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 Carlos Alfonso Jaramillo Arrieta 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:

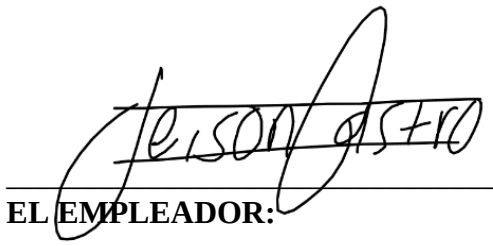
  - Incumplir horarios de trabajo
  - Faltar a la obra sin justa causa
  - Irrespetar a sus compañeros o jefes
  - No cumplir con labores asignadas
  - No portar elementos de protección
  - Incurrir en abuso de confianza con el empleador
  - Consumir bebidas embriagantes o sustancias durante el horario 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

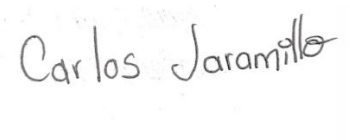
# JF VIAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S.
# NIT: 901.285.772-9
# OBRAS CIVILES Y URBANISMO

- **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:**
Carlos Alfonso Jaramillo Arrieta
C.C. 1.063.786.894

HOJA DE VIDA



## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombres y Apellidos: | CARLOS ALFONSO JARAMILLO ARRIETA |
| Lugar y Fecha de Nacimiento: | PUERTO LIBERTADOR 23-09-1996 |
| Cédula de Ciudadanía: | 1.063.786.894 |
| Sexo: | MASCULINO |
| Estado Civil: | SOLTERO |
| Dirección: | CARRERA 2 ESTE # 31 A SUR 26 |
| Estrato: | 2 |
| Barrio: | BELLO HORIZONTE |
| Teléfono: | 3103776950 |
| Correo: | carlosjaramillo.2578@gmail.com |

## PERFIL

Responsable, honesto, colaborador, diligente, me identifico por tener buenas relaciones interpersonales, con capacidad para trabajar en equipo o individualmente tengo más de 10 años de experiencia en el área de minas y hasta la fecha me destaco por realizar mi trabajo con empeño y dedicación.

.

HOJA DE VIDA

## EXPERIENCIA LABORAL

**MINA DE ORO**
Cargo: **AYUDANTE**
Duración: **10 AÑOS**
Jefe Directo: **SARGENTO PRIMERO MENESES**
Celular: **3204755247**

## FORMACION ACADEMICA

Colegio Jorge Eliecer Gaitán
Grado: Once
Año: 2017

**REFERENCIAS**

**LABORAL:**
SARGENTO
PRIMERO MENESES
CEL.3204755247

**PERSONAL**
ELIS SUAREZ
CEL 3128197565
HOGAR

**FAMILIAR**
MARGARITA JARAMILLO
CEL.3124832230

**CARLOS ALFONSO JARAMILLO ARRIETA**
**CC.1.063.786.894 de Nechí**

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 01:50:33 PM horas del 29/06/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1063786894**

Apellidos y Nombres: JARAMILLLO ARRIETA CARLOS ALFONSO

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.126.124.181
DOMINGUEZ EPIEYU
APELLIDOS
JULIO ANDRES
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1978
ZULIA-MACHIQUES DE PERIJA
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
ESTATURA
O-
G.S. RH
M
SEXO
31-JUL-2017 CON MACHIQUES VEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
0057774385A 3
48725567

Medellín, 18 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 JF VIAS Y CONSTRUCCIONES 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 PRINCIPAL RIESGO 5 | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1126124181 | DOMINGUEZ EPIEYU JULIO ANDRES | 19/07/2023 | | 93216a86 | 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 18/07/2023 10:10:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.62.251, 198.143.41.19, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 19/07/2023, el empleador JF VÍAS Y CONSTRUCCIONES SAS identificado con NIT número 901285772 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 5963072 | 19/07/2023 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1126124181 | JULIOANDRES DOMINGUEZ EPIEYU | 1160000 | AYUDANTE DE OBRA | 2023-07-19 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Julio del año 2023.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **DOMINGUEZ EPIEYU JULIO ANDRES** identificado(a) con **CC** número **1.126.124.181** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de febrero de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de febrero de 2023.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023022711160

Bogotá DC. 18 de Julio 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 18/7/2023, 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 1126124181 |
| Nombres y Apellidos | JULIO ANDRES DOMINGUEZ EPIEYU |
| 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 | 18/7/2023 |
| Fecha de Ingreso a Compensar | 18/7/2023 |
| Cargo | oficial de 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: | Julio Andres Dominguez Epieyu |
| Identificación del trabajador: | 1.126.124.181 |
| Obra o labor contratada: | Oficial de obra |
| Salario: | $ 1`600.000 |

Salario Integral
Fecha de inicio del contrato: 19 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 Julio Andres Dominguez Epieyu también mayor de edad identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 1.126.124.181 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 Julio Andres Dominguez Epieyu 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`600.000 (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

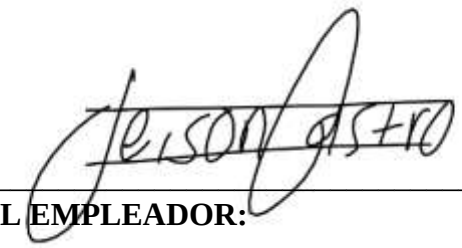
- **TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA.** Son justas causas para terminar unilateralmente el presente contrato las siguientes:

  - 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:**
Julio Andres Dominguez Epieyu
C.C. 1.126.124.181

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: D 1 M 5 A

Cargo al que aspira: Maestro de construcción

## I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante: Dominguez Epieyu

Nombre(s) del aspirante: Julio Andres

Fecha de nacimiento: D 19 M Sep A 78

Lugar de nacimiento: Zulia Venezuela

Dirección domicilio: Barrio: Tv 14 P No 58 Sur 53 API

Ciudad: Bogota

Teléfono: 3207023257

No. Celular: 3207023257

Correo electrónico: julioAndresDominguez258@gmail.com

Nacionalidad: Colombiano

FOTOGRAFIA RECIENTE Tamaño 3 x 4 cm

Profesión, ocupación u oficio: Maestro de construccion

(*) Estado civil: union libre

Años de experiencia laboral: 20 años

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

### DOCUMENTACIÓN

Cédula de ciudadanía: X No. 1.126124781

Extranjería:

Expedida s/n:

(**) Libreta militar No.

Distrito No.

Primera clase:

Segunda clase:

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo? Si No X

Licencia de conducción No.

Categoría

## II. PERFIL LABORAL

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

Estudie mi bachiller quiero seguir adelante con mi familia y darles la vida que se merecen economicamente superandola toda

## III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si No X

¿En qué empresa?

Empleado

Independiente

Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? Si No X

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si No X

Fecha D M A

¿Conoce a alguien de esta empresa? Si No X

Nombre

Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si No X

Nombre

Dependencia

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio Amigo 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? ¿Propia? ¿Alquilada? X

Nombre del arrendador: Paula paiba

Teléfono: 3223081282

¿Hace cuanto tiempo reside en este lugar? 4 años

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si No X

Describalo e indique su valor mensual: Mas de un minimo

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $1.300.000

¿Por qué conceptos? Arriendo, Cervicios, Alimentacion, hars

¿Cuánto es su aspiración salarial? $

¿Cuál es su principal afición? futbol

¿Practica algún deporte? Si No X ¿Cuál(es)?

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

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

| Nombre de la empresa | Actividad Económica | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|---|
| Eliceo Simanca | Minimo | Clared | 3102227329 |

| Cargo(s) desempeñado(s) por usted | Área del cargo | Fecha Ingreso | Fecha Retiro | Sueldo Inicial | Sueldo Final |
|---|---|---|---|---|---|
| Oficia obrero | Oficial | 19 sep 22 | 15 ene 23 | $1.400.000 | $1400000 |

Funciones realizadas
Obrero oficia.

Nombre de su jefe inmediato: Eliceo Simanca. Cargo: Jefe

Logros obtenidos
Ninguno

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

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

Motivo del retiro: personal

| 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? Contrato directo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál?
Fijo [ ] Contrato por medio de agencia [ ]

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

Motivo del retiro

## VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Izabel Dominguez | Hogar | Barranquilla | 3005195569 |
| 2. | Paula paiba | Oficios Vari | portal de usm | 3223081182 |

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

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Karla Cabera. | Reposteria | Usme portal | 3208350306 |
| 2. | Cecilia pestana | Oficios V | Calle 69 c sur N3E | 3132115805 |

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**
Julio Dominguez
C.C

## IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

| | | |
|---|---|---|
| Maria Cabrera | auxiliar Repostería | Vilma pan |
| pasteleria | TO 14 PN CSE 3 53 | 3206330306 Bogda |
| Beni Epiyu | Hogar | 84, 18, 18, 7582127417727 |
| Isabel Dominguez | Hogar | 3005195569 |

## V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| ESTUDIOS | AÑO DE FINALIZACIÓN | No. AÑOS CURSADOS | TÍTULO OBTENIDO | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria | 1992 | 5 | primaria | Manuel felipe Rutyl | Venezuela |
| Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ] | 1997 | 11 | Bachiller | Manuel felipe Rutyl | Venezuela |
| Educación Superior: Técnico [ ] | | | | | |
| Tecnológico [ ] | | | | | |
| Profesional [ ] | | | | | |
| Posgrados | | | | | |

| 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 [X] — ¿Qué tipo de estudios? — Duración (años, semestres, meses) — Año / semestre que cursa

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

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

**Sistemas** Si [ ] No [X]
¿Qué programas maneja?
1. — R [ ] B [ ] MB [ ]
2. — R [ ] B [ ] MB [ ]
3. — R [ ] B [ ] MB [ ]
4. — R [ ] B [ ] MB [ ]

**Idiomas** Si [ ] 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 ULTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

| Nombre de la última o actual empresa | Actividad Económica | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|---|
| Liceo Simanca | Privado | Clared | 3202227329 |

| Cargo(s) desempeñado(s) por usted | Área del cargo | Fecha Ingreso | Fecha Retiro | Sueldo Inicial | Sueldo Final |
|---|---|---|---|---|---|
| Maestro de Costura | Jefe | 17/27/feb/20 | Mar/21 | $1.400.000 | 1.400.000 |

Funciones realizadas: Maestra oficial

Nombre de su jefe inmediato: Liceo Simanca — Cargo: Gefe

Logros obtenidos: Ninguno

Tipo de contrato: Indefinido [X] Fijo [ ] ¿Cuánto tiempo? — 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: Personal

Observa

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 10:03:48 AM horas del 18/07/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1126124181**

Apellidos y Nombres: **DOMINGUEZ EPIEYU JULIO ANDRES**

**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 9737122

PALACIO CORTES
APELLIDOS

RIGOBERTO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

31-AGO-2001 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-2600100-58098791-M-0009737122-20011208 03255 01341A 01 118002275

Powered by CamScanner

Medellín, 04 de Julio 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 OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C9737122 | PALACIO CORTES RIGOBERTO | 29/06/2023 | | g2411462 | 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:C802367142318544142

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 04/07/2023 12:15:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.128.249, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010171475
9010171475

No. de Radicación: 26426820

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 [ ] | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] | A. Contributivo [X] | A. Cotizante [X] | A. Dependiente [X] | |
| B. Reporte de Novedades [X] | • Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Subsidiado [ ] | B. Cabeza de familia [ ] | B. Independiente [ ] | |
| | B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | | C. Beneficiario [ ] | C. Pensionado [ ] | |

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

| 6. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| PALACIO | CORTES | RIGOBERTO | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 9737122 | Femenino [ ] Masculino [X] | D D 10 M M 12 A A A A 1981 |

## 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] | | | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia: Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular |
|---|---|---|---|
| $1.160.000 | | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |

## 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) |
|---|---|---|---|
| OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE | NT | 901402058 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| DIAG 35 18 43 | 2462332 | | SOACHA | 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 [ ] 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 | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | D D 29 M M 06 A A A A 2023 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no 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 | 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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **PALACIO CORTES RIGOBERTO** identificado(a) con **CC** número **9.737.122** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de enero de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de junio de 2023.

Cordialmente,




***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023062814405

## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **RIGOBERTO PALACIO CORTES, CC - 9737122**, está afiliado(a) desde **29/06/2023**, como trabajador de **OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA J E SAS OCAM JE SAS**, con NIT: **9014020580**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **29/06/2023**

Grupo familiar conformado por:

| NOMBRE | No. Identificación | Parentesco |
|---|---|---|
| **NO EXISTE REGISTRO** | **-** | **-** |

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **30 de junio de 2023** a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**
Jefe Departamento Subsidio

NIT. 901402058-0

Bogotá, 28 de junio del 2023

**CONTRATO INDIVIDUAL TRABAJADOR POR OBRA O LABOR**

Ernesto Joya Marentes mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 80236714, actuando en nombre y representación de la empresa OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS, Nit. 901402058-0, y RIGOBERTO PALACIO CORTES mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No. 9.737.122 de Bogotá, acuerdan celebrar el presente CONTRATO POR OBRA LABOR, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**Primera. - Objeto:** Sera contratado como CONDUCTOR

**Segunda. - Precio:** El contrato será por la suma de un salario mínimo legal vigente del año lectivo $1.160.000 (UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS), más bonificación dependiendo del rendimiento no constitutivas.

**Tercera. - Periodo de pago:** El valor acordado en el contrato será de manera mensual.

**Cuarta. – Obligaciones:** Se afiliará a una empresa promotora de salud EPS, Arl, caja de compensación y cotizar igualmente al sistema de seguridad social en pensiones tal como lo indican el art. 15 de la ley 100 de 1993.

**Quinta. – Terminación:** El presente contrato terminara por la terminación de obra o por incumplimiento de las labores adjudicadas.

**Sexta. – Domicilio:** Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de BOGOTA.

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, a los 28 días del mes de JUNIO del año 2023, en la ciudad de BOGOTA.

Ernesto Joya Marentes
C.C 80.236.714
Representante legal de: OCAM JE SAS
Nit. 901402058-0

RIGOBERTO PALACIO CORTES
C.C 9.737.122

DIAGONAL 35 No 18 43 Torre 2 Apto 305 Correo: ernestojoya959@gmail.com
Teléfonos 3192462332 - 3204005462

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

7 702124 007790 >

# HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE forma minerva 10-00

| Ciudad | Fecha | Empleo o cargo solicitado | Código cargo |
|---|---|---|---|
| Bogota | D 26 M 06 A 2022 | conductor | |

## I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombres |
|---|---|---|
| Rocio | castes | Rigoberto |

| Profesión, ocupación u oficio | Años de experiencia laboral | ¿Cuánto es su aspiración salarial? |
|---|---|---|
| conductor | 15 AÑOS | $ |

| Lugar de nacimiento | (*) Fecha de nacimiento | (*) Estado civil |
|---|---|---|
| Bogota | D 10 M 12 A 1981 | unión Libre |

| Dirección domicilio | Barrio | Teléfono |
|---|---|---|
| | Portal Aeropuerto | 3163841602 |

| Cédula de ciudadanía N° | (**) Libreta militar N° | |
|---|---|---|
| 9737122 | Distrito N° | Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐ |
| Expedida en: ARMENIA | | |

FOTOGRAFIA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

| Licencia de conducción | ¿Vivienda propia? | Nombre del arrendador | Teléfono | Valor del arriendo |
|---|---|---|---|---|
| Si | Si ☐ No ☒ | GABINO SUAREZ | | |

| ¿Está trabajando actualmente? | ¿En qué empresa? | | Tipo de contrato |
|---|---|---|---|
| Si ☒ No ☐ | | Empleado ☒ Independiente ☐ | |

## II. EDUCACION Y APTITUDES

| | Establecimiento | Ciudad | Ultimo grado cursado | Fecha |
|---|---|---|---|---|
| Primaria | | | | |
| Bachillerato | RUFINO J CUERVO SUR | ARMENIA | 10 | Diciembre 96 |
| Educación Superior | Establecimiento | Ciudad | Años cursados | Fecha |
| | Título obtenido y/o especialidad | Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐ | | |

¿Qué estudios realiza actualmente? | Horario:

## III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita dar más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

| Nombre de la última o actual empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| Independiente | | |

| Nombre de su jefe inmediato | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |
|---|---|
| | |

Funciones realizadas: conductor Taxi

| Fecha de ingreso | Fecha de retiro | Sueldo inicial | Sueldo final o actual |
|---|---|---|---|
| 23-04-2021 | 05-08-22 | $ | $ |

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

| Nombre de la empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| | | |

| Nombre de su jefe inmediato | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |
|---|---|
| | |

Funciones realizadas

| Fecha de ingreso | Fecha de retiro | Sueldo inicial | Sueldo final |
|---|---|---|---|
| | | $ | $ |

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© LEGIS. Prohibida toda reproducción total o parcial, en la misma exteriorización escrita de LEGIS, bajo cualquier medio conocido o por conocer, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley.



Powered by CamScanner

## IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGRICULTURA | | Textiles y Confecciones | | Metalurgia | | COMERCIO | | SALUD | |
| GANADERIA / AVICULTURA | | Cuero y Calzado | | Maquinaria | X | HOTELES Y RESTAURANTES | | EDUCACION | |
| MINERIA | | Papel y Cartón | | Automotores | X | TRANSPORTE | X | SEGUROS | |
| PETROLEO / GASOLINA | | Editorial y Artes Gráficas | | Muebles | | BODEGAJE | | VIGILANCIA | |
| INDUSTRIA | | Químico y Farmacéutico | | Reciclaje | | COMUNICACIONES | | OTRO | |
| Alimentos y Bebidas | X | Caucho y Plástico | | ELECTRICIDAD / GAS / AGUA | | FINCA RAIZ | | | |
| Tabaco | | Vidrio, Cerámica y Cemento | | CONSTRUCCION | X | INFORMATICO | | | |

## V. INFORMACION FAMILIAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre esposa(o) o compañera(o): Edid Roa | Profesión, ocupación u oficio: Ama de casa | Empresa donde trabaja: | |
| Cargo actual: | Dirección: | Teléfono: 3188738377 | Ciudad: Bogota |
| Nº de personas que dependen económicamente del solicitante: 3 | Parentesco: 2 hijos & Esposa | Edades: 11 - 7 - 36 | |
| Nombre(s) padre(s): Jose Tomas Policia Ana Ines / Ana Ines Cortes | Profesión, ocupación u oficio: conductor / Ama de casa | | |

## VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1.- | Camilo Jaramillo | Independiente | Cra 48 # 32-70 | 3168675069 |
| 2.- | BRAYAN | conductor | Cra 48 # 32-70 | 3116004105 |

## VII. INFORMACION ADICIONAL

| | |
|---|---|
| ¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa? Anuncio [ ] Amigo [ ] Agencia [ ] Otro [X] | ¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si [ ] No [X] |
| Nombre de la persona que lo recomienda | División o departamento |
| Si tiene parientes en esta empresa menciónelos | |

**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 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

**Firma del solicitante**

C.C.

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

| | | |
|---|---|---|
| Concepto primer entrevistador: | | |
| | Vo. Bo. como candidato. Firma | Fecha |
| Concepto segundo entrevistador: | | |
| | Vo. Bo. como candidato. Firma | Fecha |
| **Conclusiones** | | |
| | | Fecha |
| Candidato seleccionado definitivamente Si [ ] No [ ] | Contrátese a partir del | Sueldo $ |
| Candidato elegible próximamente Si [ ] No [ ] | Cargo | Tipo de contrato |

Powered by CamScanner

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 01:36:18 PM horas del 28/06/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **9737122**
Apellidos y Nombres: **PALACIO CORTES RIGOBERTO**

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

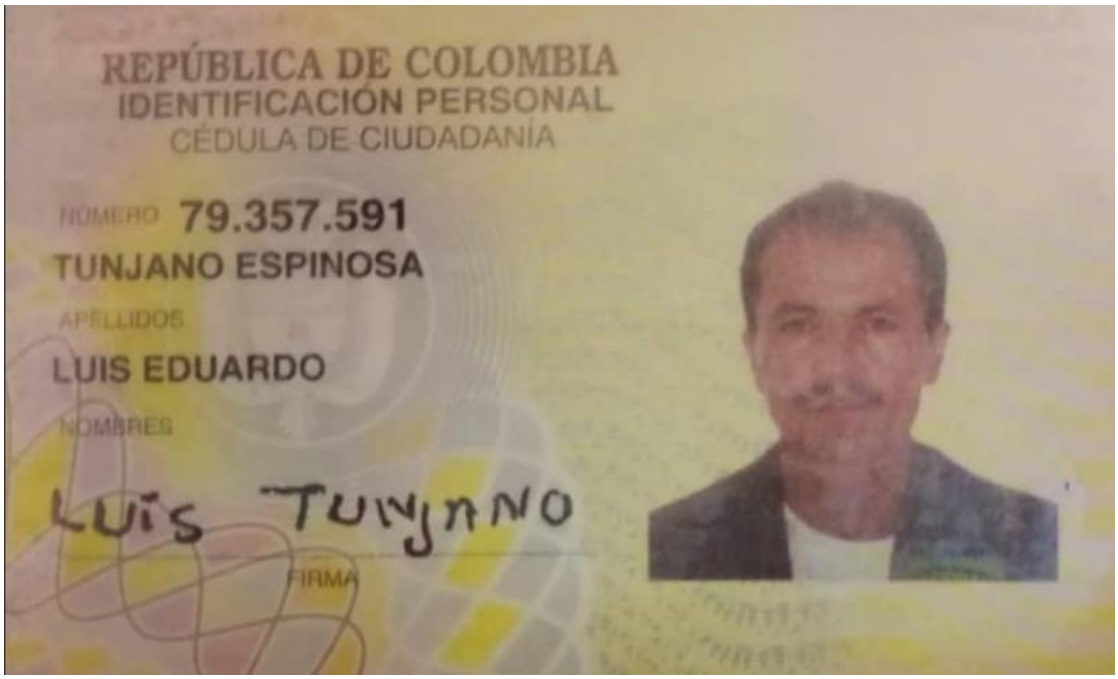
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya 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.



FECHA DE NACIMIENTO
02-ENE-1965
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
28-NOV-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
A-1500150-00895416-M-0079357591-20170408
0054872331A 3
9999516634



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 79.357.591
TUNJANO ESPINOSA
APELLIDOS
LUIS EDUARDO
NOMBRES
LUIS TUNJANO
FIRMA

Medellín, 04 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 OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE 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 OPERATIVO | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C79357591 | TUNJANO ESPINOSA LUIS EDUARDO | 05/07/2023 | | 23143622 | 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 04/07/2023 13:53:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.60.4, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010038947
9010038947

No. de Radicación: 26189154

Fecha de Radicación: 04 07 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 [ ] | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] | A. Contributivo [X] | A. Cotizante [X] | A. Dependiente [X] | |
| B. Reporte de Novedades [X] | • Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Subsidiado [ ] | B. Cabeza de familia [ ] | B. Independiente [ ] | |
| | B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | | C. Beneficiario [ ] | C. Pensionado [ ] | |

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: TUNJANO | Segundo Apellido: ESPINOSA | Primer Nombre: LUIS | Segundo Nombre: EDUARDO |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 79357591 | Femenino [ ] Masculino [X] | D 02 M 01 A 1965 |

## 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 [ ] Condición [ ] | | | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | |
|---|---|---|---|
| $1.160.000 | 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 | 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 | 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 | | |

## 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) |
|---|---|---|---|
| OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE | NT | 901402058 | |

| 39. Ubicación Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| DIAG 35 18 43 | 2462332 | | SOACHA | 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 [ ] 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 | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | D D 04 M M 07 A A 2023 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no 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: |
|---|---|---|
| | | CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION |

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

**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:

**LUIS EDUARDO TUNJANO ESPINOSA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.357.591**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **TUNJANO ESPINOSA LUIS EDUARDO, CC - 79357591**, está afiliado(a) desde **04/07/2023**, como trabajador de **OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA J E SAS OCAM JE SAS**, con NIT: **9014020580**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **04/07/2023**

Grupo familiar conformado por:

| NOMBRE | No. Identificación | Parentesco |
|---|---|---|
| **NO EXISTE REGISTRO** | **-** | **-** |

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **04 de julio del 2023** a solicituddel interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**
Jefe Departamento Subsidio

NIT. 901402058-0

Bogotá, 01 de julio del 2023

**CONTRATO INDIVIDUAL TRABAJADOR POR OBRA O LABOR**

Ernesto Joya Marentes mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 80236714, actuando en nombre y representación de la empresa OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS, Nit. 901402058-0, y LUIS EDUARDO TUNJANO ESPINOSA mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No. 79.357.591 de Bogotá, acuerdan celebrar el presente CONTRATO POR OBRA LABOR, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**Primera. - Objeto:** Sera contratado como OFICIAL DE OBRA

**Segunda. - Precio:** El contrato será por la suma de un salario mínimo legal vigente del año lectivo $1.160.000 (UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS), más bonificación dependiendo del rendimiento no constitutivas.

**Tercera. - Periodo de pago:** El valor acordado en el contrato será de manera mensual.

**Cuarta. – Obligaciones:** Se afiliará a una empresa promotora de salud EPS, Arl, caja de compensación y cotizar igualmente al sistema de seguridad social en pensiones tal como lo indican el art. 15 de la ley 100 de 1993.

**Quinta. – Terminación:** El presente contrato terminara por la terminación de obra o por incumplimiento de las labores adjudicadas.

**Sexta. – Domicilio:** Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de BOGOTA.

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, a los 01 días del mes de JULIO del año 2023, en la ciudad de BOGOTA.

Ernesto Joya Marentes
C.C 80.236.714
Representante legal de: OCAM JE SAS
Nit. 901402058-0

ERNESTO JOYA MARENTES
C.C 80.236.714

DIAGONAL 35 No 18 43 Torre 2 Apto 305 Correo: ernestojoya959@gmail.com
Teléfonos 3192462332 - 3204005462

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 08:35:54 AM horas del 01/07/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79357591**
Apellidos y Nombres: **TUNJANO ESPINOSA LUIS EDUARDO**

**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

Calle 87 C Sur # 9-51 Este

EPS Sura

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 80.253.518
CORREDOR RAMIREZ

APELLIDOS
ROGELIO

NOMBRES

Rogelio Corredor

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1982
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

16-NOV-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01224141-M-0080253518-20210324 0073874955A 1 9915141019

Powered by CamScanner

Medellín, 04 de Julio 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 OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C80253518 | CORREDOR RAMIREZ ROGELIO | 04/07/2023 | | 28129214 | 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:C802367142318543900

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 04/07/2023 12:11:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.128.249, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9010038947
9010038947

No. de Radicación: 28647389

Fecha de Radicación: 04 07 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 [ ] | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] | A. Contributivo [X] | A. Cotizante [X] | A. Dependiente [X] | |
| B. Reporte de Novedades [X] | • Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Subsidiado [ ] | B. Cabeza de familia [ ] | B. Independiente [ ] | |
| | B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] | | C. Beneficiario [ ] | C. Pensionado [ ] | |

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: CORREDOR | Segundo Apellido: RAMIREZ | Primer Nombre: ROGELIO | Segundo Nombre: |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 80253518 | Femenino [ ] Masculino [X] | D 29 D M 08 M A A 1982 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | | | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | |
|---|---|---|---|
| $1.160.000 | 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 | 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 | 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 | | |

## 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) |
|---|---|---|---|
| OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE | NT | 901402058 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| DIAG 35 18 43 | 2462332 | | SOACHA | 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 [ ] 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 | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | D D 04 M M 07 A 2023 A |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

| | |
|---|---|
| 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. | |
| 47. Declaración de la no 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 | 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: OFICIAL 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.

INTERNET

Cambio Empleo

05/2016

VIGILADO Supersalud

**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:

**ROGELIO CORREDOR RAMIREZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.253.518**, 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.

## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CORREDOR RAMIREZ ROGELIO CC - 80253518**, está afiliado(a) desde **04/07/2023**, como trabajador de **OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA J E SAS OCAM JE SAS**, con NIT: **9014020580**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **04/07/2023**

Grupo familiar conformado por:

| NOMBRE | No. Identificación | Parentesco |
|---|---|---|
| **NO EXISTE REGISTRO** | **-** | **-** |

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **04 de julio del 2023** a solicituddel interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**
Jefe Departamento Subsidio

NIT. 901402058-0

Bogotá, 04 de julio del 2023

**CONTRATO INDIVIDUAL TRABAJADOR POR OBRA O LABOR**

Ernesto Joya Marentes mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 80236714, actuando en nombre y representación de la empresa OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS, Nit. 901402058-0, y ROGELIO CORREDOR RAMIREZ mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No. 80.253.518 de Bogotá, acuerdan celebrar el presente CONTRATO POR OBRA LABOR, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**Primera. - Objeto:** Sera contratado como OFICIAL DE OBRA

**Segunda. - Precio:** El contrato será por la suma de un salario mínimo legal vigente del año lectivo $1.160.000 (UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS), más bonificación dependiendo del rendimiento no constitutivas.

**Tercera. - Periodo de pago:** El valor acordado en el contrato será de manera mensual.

**Cuarta. – Obligaciones:** Se afiliará a una empresa promotora de salud EPS, Arl, caja de compensación y cotizar igualmente al sistema de seguridad social en pensiones tal como lo indican el art. 15 de la ley 100 de 1993.

**Quinta. – Terminación:** El presente contrato terminara por la terminación de obra o por incumplimiento de las labores adjudicadas.

**Sexta. – Domicilio:** Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de BOGOTA.

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, a los 04 días del mes de JULIO del año 2023, en la ciudad de BOGOTA.

Ernesto Joya Marentes
C.C 80.236.714
Representante legal de: OCAM JE SAS
Nit. 901402058-0

ROGELIO CORREDOR RAMIREZ
C.C 80.253.518

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 06:05:16 PM horas del 03/07/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80253518**
Apellidos y Nombres: **CORREDOR RAMIREZ ROGELIO**

**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

NUMERO **1.001.284.113**

**JOYA HERNANDEZ**

APELLIDOS

**TANIA LIZBETH**

NOMBRES

Tania Joya.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-2001**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.54** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**10-MAY-2019 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-01080445-F-1001284113-20190705 0068003502A 6 1625471960

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Medellín, 04 de Julio 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 OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1001284113 | JOYA HERNANDEZ TANIA LIZBETH | 04/07/2023 | | 182He922 | 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:C802367142318543976

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 04/07/2023 12:12:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.128.249, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Informe principal

# Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.**

**Número de Solicitud** **6l_1463236**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

**Reingreso 1**

| | |
|---|---|
| **Empleador** | NI 901402058 OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS |
| **Afiliado** | CC 1001284113 TANIA LIZBETH JOYA HERNANDEZ |
| **Tipo de trabajador** | 1 Dependiente |
| **Salario Base** | $ 1,160,000 |
| **Cargo** | OTRO |
| **Sucursal** | BOGOTA D.C. DG 35 18-43 TRR 2 AP 305 |
| **Fecha de ingreso** | 04/07/2023 |
| **Fecha de radicación** | 04/07/2023 12:19:36 p.m. |
| **Código de Transacción** | 161078271 |

**Resultado del Reingreso 1**

| | |
|---|---|
| **Novedad aplicada con éxito** | El período de inicio de pago es08/2023 |

Fecha de generación 04/07/2023

1

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 **TANIA LIZBETH JOYA HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1001284113,** se encuentra afiliado/a desde **23/02/2021** 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 03 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

## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **JOYA HERNANDEZ TANIA LIZBETH CC - 1001284113**, está afiliado(a) desde **04/07/2023**, como trabajador de **OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA J E SAS OCAM JE SAS**, con NIT: **9014020580**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **04/07/2023**

Grupo familiar conformado por:

| NOMBRE | No. Identificación | Parentesco |
|---|---|---|
| **NO EXISTE REGISTRO** | **-** | **-** |

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **04 de julio del 2023** a solicituddel interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**
Jefe Departamento Subsidio

NIT. 901402058-0

Bogotá, 04 de julio del 2023

**CONTRATO INDIVIDUAL TRABAJADOR POR OBRA O LABOR**

Ernesto Joya Marentes mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 80236714, actuando en nombre y representación de la empresa OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS, Nit. 901402058-0, y TANIA LIZBETH JOYA HERNANDEZ mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No. 1.001.284.113 de Bogotá, acuerdan celebrar el presente CONTRATO POR OBRA LABOR, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**Primera. - Objeto:** Sera contratado como INSPECTORA DE OBRA

**Segunda. - Precio:** El contrato será por la suma de un salario mínimo legal vigente del año lectivo $1.160.000 (UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS), más bonificación dependiendo del rendimiento no constitutivas.

**Tercera. - Periodo de pago:** El valor acordado en el contrato será de manera mensual.

**Cuarta. – Obligaciones:** Se afiliará a una empresa promotora de salud EPS, Arl, caja de compensación y cotizar igualmente al sistema de seguridad social en pensiones tal como lo indican el art. 15 de la ley 100 de 1993.

**Quinta. – Terminación:** El presente contrato terminara por la terminación de obra o por incumplimiento de las labores adjudicadas.

**Sexta. – Domicilio:** Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de BOGOTA.

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, a los 04 días del mes de JULIO del año 2023, en la ciudad de BOGOTA.

Ernesto Joya Marentes
C.C 80.236.714
Representante legal de: OCAM JE SAS
Nit. 901402058-0

TANIA LIZBETH JOYA HERNANDEZ
C.C 1.001.284.113

DIAGONAL 35 No 18 43 Torre 2 Apto 305 Correo: ernestojoya959@gmail.com
Teléfonos 3192462332 - 3204005462




La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres: Tania Lizbeth

Apellidos: Joya Hernandez.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1001284113

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 05 Año 2001

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 15-03-21 | Pfizer 06-21 | EN1195 | Cuidate tu salud | Leidy P Arcila | 1014249724 |
| | 2 | 05 04 2021 | Pfizer | EB1744 | CTS | Brayan Ramirez | 1037609193 |
| | | | | | | | |

# HOJA DE VIDA



## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Tania Lizbeth Joya Hernández |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1001284113 de Bogotá |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | 10/mayo/2001 |
| **CIUDAD:** | Bogotá D.C |
| **DIRECCIÓN:** | Carrera 10 este No. 37-53 Sur |
| **TELEFONO:** | 3507834785 |
| **E-MAIL:** | talijohe@gmail.com |

## PERFIL

Estudiante de ingeniería civil en proceso de grado en la universidad Antonio Nariño, con un proyecto de grado en énfasis a una auditoria de seguridad vial de la autopista norte de Bogotá, cuento con 2 años de experiencia en el desarrollo de obras civiles y construcción siendo residente e inspectora de obra, aplicando toda la normatividad legal y reglamento vigente.

Tengo experiencia en informes semanales y mensuales, cortes de obra, control y seguimiento de las programaciones, manejo de personal, supervisión en obra y conocimiento básico en sinco.

Cuento con capacidad de dar cumplimiento dentro de los tiempos designados para los diferentes proyectos, administrando el recurso humano disponible dando dirección en la labor diaria, teniendo una comunicación asertiva y trabajo en equipo.

## FORMACION ACADEMICA

### ESTUDIOS UNIVERSITARIO:

- Ingeniería Civil
  Universidad Antonio Nariño
  Septiembre año 2023
- **Manejo de software:** Microsoft Excel, Word, Power Point, Outlook, AutoCAD 2D, ArcMap (argis), Sinco, Microsoft Project.

### ESTUDIOS SECUNDARIOS:

- Bachiller académico
  Colegio minuto de dios ciudad verde
  (noviembre, 2017)

### ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

- Curso de 50 Horas (SG-SST)
  Positiva
  (19, mayo 2023)
- Manejo del fuego y las emergencias
  Cuerpo de bomberos voluntarios de Bojacá
  (03, junio 2023)
- Microsoft Project
  Sena
  (14, junio 2023)
- Costos y presupuestos para edificaciones 1: Especificaciones
  Sena
  (En proceso)
- Costos y presupuestos para edificaciones 2: Costos Directos
  Sena
  (Proceso)
- Uso de Microsoft Excel para gestión de información, integración con datos externos y tareas colaborativas
  Sena
  (Proceso)

## EXPERIENCIA

- Rigoberto López Pineda Ingeniería Civil
  Número de teléfono: 3176693233
  Fecha: 13 abril 2023 - Laborando
  Cargo: Inspectora Interventoría

Contrato: Acueducto subcentral Usaquén

- Nombre de la empresa: Obras Civiles Y Alquiler de Maquinaria JE SAS
  Número de Teléfono: 3192462332
  Fecha: 22 de septiembre 2021 – 31 mayo de 2022
  Cargo: Residente de obra
  Contrato: contrato de obra N° 596 del 2021 realizar las obras de conservación de la malla vial y espacio público asociado en la localidad de san Cristóbal, Bogotá d.c

- Nombre de la empresa: Obras Civiles Y Alquiler De Maquinaria Je SAS
  Número de teléfono: 3192462332
  Fecha: 01 de junio de 2022 – 10 de abril de 2023
  Cargo: residente de obra
  Contrato: N° 304 del contrato del 2021 conservación de la infraestructura vial 2km en la localidad de chapinero (el Verjón), Bogotá d.c

- Nombre de la empresa: Bobciret SAS
  Número de teléfono: 3209492791
  Fecha: 10 agosto 2020 – 23 marzo de 2021
  Cargo: residente de administrativa de obra

**REFERENCIAS LABORALES**

- Ernesto Joya
  Contratista
  3192462332.

- Sebastián Diopasa
  Ingeniero residente de obra
  3103031503

- Rodolfo Sainea
  Arquitecto residente de obra
  3157426081

**REFERENCIAS PERSONALES**

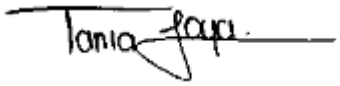
- Alex Aguilar
  Ingeniero Civil
  3126536783

- Nixon Joya
  Contratista
  3102429543

**REFERENCIAS FAMILIARES**

- Yeimy Joya Marentes
  Ingeniera Civil
  313 3433241

- Yolanda Joya Marentes
  Contadora
  319 2195493



Tania Lizbeth Joya Hernández

CC. 1001284113

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 08:40:20 AM horas del 01/07/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1001284113**
Apellidos y Nombres: **JOYA HERNANDEZ TANIA LIZBETH**

**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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.740.848
CONTRERAS JIMENEZ
APELLIDOS
HERIBERTO
NOMBRES
FIRMA

Eps: Famisanar
Fondo pensiones: Colfondos
Dirección: Calle 56 a #19b-28 sur local
Telefono: 3103183750.


FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1975
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
20-JUN-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00161879-M-0079740648-20090708 0013207063A 1 1330044158

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

Medellín, 09 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 OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA, en el centro de trabajo 0000000001 - OPERATIVO, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C79740848 | CONTRERAS JIMENEZ HERIBERTO | 24/01/2023 | | 196236Qq | 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:C802367142316034106

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 09/06/2023 09:28:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.19.79.79, 192.230.104.6, 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

9009636119

9009636119

No. de Radicación: 25501186

Fecha de Radicación: 25 01 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 [ ] | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] | A. Contributivo [X] | A. Cotizante [X] | A. Dependiente [X] | |
| B. Reporte de Novedades [X] | • 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 | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| CONTRERAS | JIMENEZ | HERIBERTO | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 79740848 | Femenino [ ] Masculino [X] | D 11 D M 09 M A A 1975 A 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | | | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia: Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular |
|---|---|---|---|
| $1.160.000 | | | |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 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 | | |

## 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) |
|---|---|---|---|
| OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE | NT | 901402058 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| DIAG 35 18 43 | 2462332 | | SOACHA | 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 [ ] 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 | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | D 24 D M 01 M A 2023 A |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no 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 | 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

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

Powered by CamScanner

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) HERIBERTO CONTRERAS JIMENEZ identificado(a) con C.C No. 79.740.848, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de mayo del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CONTRERAS JIMENEZ HERIBERTO, CC - 79740848**, está afiliado(a) desde **09/06/2023**, como trabajador de **OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA J E SAS OCAM JE SAS**, con NIT: **9014020580**.

Estado civil: **Casado**
Cónyuge/Compañero(a): **JOHANA MARIELA VALLEJO**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **24/01/2023**

Grupo familiar conformado por:

| NOMBRE | No. Identificación | Parentesco |
|---|---|---|
| CHARLOTTE DAYNA CONTRERAS VALLEJO | 96101218292 | Hijo |
| HENRY DAVID CONTRERAS VALLEJO | 1028783642 | Hijo |

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **09 de junio de 2023** a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**
Jefe Departamento Subsidio

NIT. 901402058-0

Bogotá, 09 de junio del 2023

**CONTRATO INDIVIDUAL TRABAJADOR POR OBRA O LABOR**

Ernesto Joya Marentes mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 80236714, actuando en nombre y representación de la empresa OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS, Nit. 901402058-0, y CONTRERAS JIMENEZ HERIBERTO mayor de edad identificado con cedula de ciudadanía No. 79.740.848 de Bogotá, acuerdan celebrar el presente CONTRATO POR OBRA LABOR, el cual se regirá por las siguientes clausulas:

**Primera. - Objeto:** Sera contratado como OPERADOR DE MAQUINARIA en el contrato 336 de 2022

**Segunda. - Precio:** El contrato será por la suma de un salario mínimo legal vigente del año lectivo $1.160.000 (UN MILLON CIENTO SESENTA MIL PESOS), más bonificación dependiendo del rendimiento no constitutivas.

**Tercera. - Periodo de pago:** El valor acordado en el contrato será de manera mensual.

**Cuarta. – Obligaciones:** Se afiliará a una empresa promotora de salud EPS, Arl, caja de compensación y cotizar igualmente al sistema de seguridad social en pensiones tal como lo indican el art. 15 de la ley 100 de 1993.

**Quinta. – Terminación:** El presente contrato terminara por la terminación de obra o por incumplimiento de las labores adjudicadas.

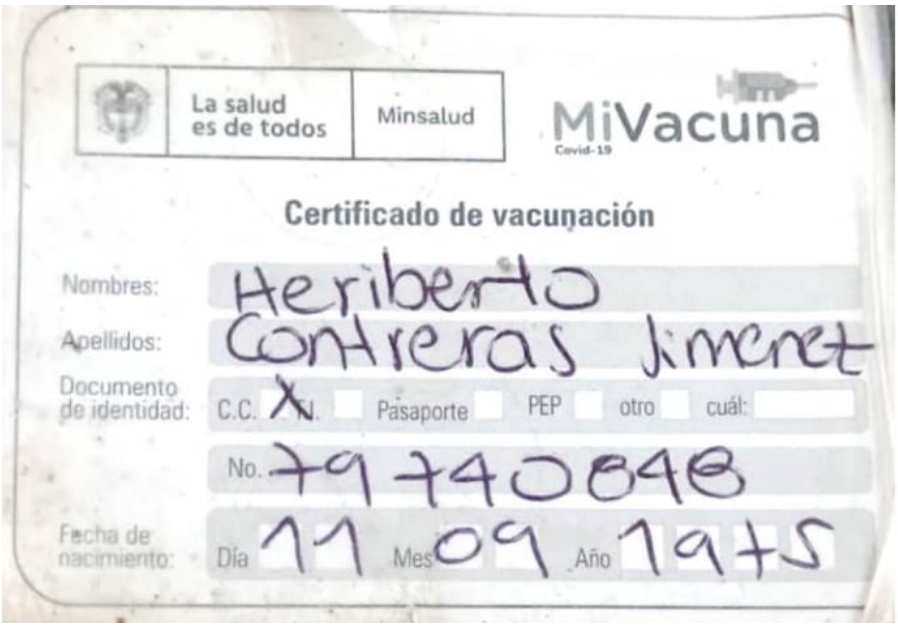
**Sexta. – Domicilio:** Para todos los efectos legales, se fija como domicilio contractual a la ciudad de BOGOTA.

Las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares, a los 09 días del mes de JUNIO del año 2023, en la ciudad de BOGOTA.

Ernesto Joya Marentes
C.C 80.236.714
Representante legal de: OCAM JE SAS
Nit. 901402058-0

CONTRERAS JIMENEZ HERIBERTO
C.C 79.740.848

DIAGONAL 35 No 18 43 Torre 2 Apto 305 Correo: ernestojoya959@gmail.com
Teléfonos 3192462332 - 3204005462



La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

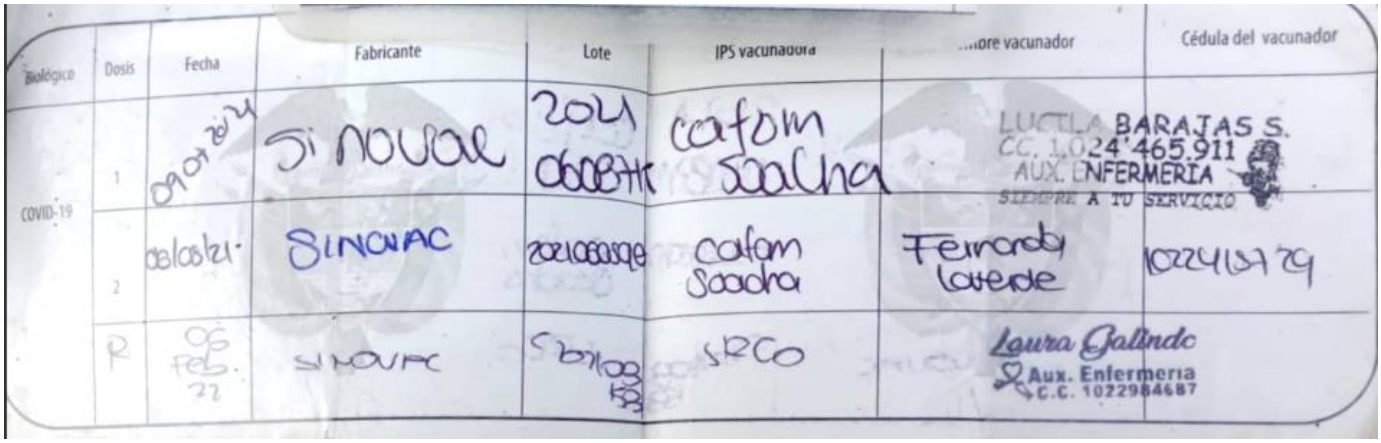
Nombres: Heriberto

Apellidos: Contreras Jimenez

Documento de identidad: C.C. X C.E. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 79740848

Fecha de nacimiento: Día 11 Mes 09 Año 1975



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 09 OCT 2021 | SINOVAC | 202106006HK | CAFAM SOACHA | LUCILA BARAJAS S. CC. 1.024'465.911 AUX. ENFERMERIA SIEMPRE A TU SERVICIO | |
| | 2 | 06/03/21 | SINOVAC | 20210300QE | CAFAM SOACHA | Fernanda Lavende | 1022457129 |
| | R | 06 FEB. 22 | SINOVAC | C-BIO-202-152 | SRCO | Laura Galindo Aux. Enfermeria C.C. 1022984687 | |

# HERIBERTO CONTRERAS JIMENEZ



## DATOS PERSONALES

Fecha de nacimiento
11 de septiembre de 1975

Lugar de nacimiento
Bogota D.C

Documento de identidad
C:C. 79740848

Estado civil
Casado

## DETALLES DE CONTACTO


Dirección
Calle 56 a # 19 b 28 sur
Tunal

Teléfonos
3103183750 - 4455264

E- mail
hericontreras1975@gmail.com


## PERFIL

Operario de maquina pesada con mas de 10 años de experiencia laboral en operar equipo pesado motorizado de manera segura y eficiente, utilizado en la construcción y mantenimiento de obras que involucren establecer estructuras.

*Funciones:*

Realizar revisiones previas al manejo de los equipos.
Excavar, mover, cargar y aplanar o allanar la tierra, piedras, grava o cualquier otro material.
Hacer que los canales sean más profundos o, por el contrario, proceder con su llenado haciendo uso del equipo requerido.
Extender, expandir y compactar concreto, asfalto y otros materiales para superficies.

*Habilidades:*

Organizado y capaz de manejar su tiempo efectivamente.
Capacidad analítica, habilidad para la resolución de problemas y toma de decisiones.
Destreza manual y coordinación motora.
Habilidades de comunicación y vocación de servicio.

## EXPERIENCIA LABORAL

**INMOBILIARIA LOS SAUCES.**
Operario de maquina pesada
6 de Enero de 2009 – 30 de Abril de 2011
6107139

**SOCOVIS 2.**
Operario de maquina pesada
1 de Abril de 2011 – 1 de Julio de 2013
6160452

**CTU COMPAÑÍA DE TRABAJOS URBANOS S.A**
Operario de maquina pesada
18 de septiembre de 2014 – 4 de mayo de 2018
6760720

**OIV CONSTRUCCIONES**
Almacenista de obra - 3004447005

Powered by CamScanner

# ESVIAL

INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO
"SERVICIO CON CALIDAD Y SEGURIDAD"
NIT: 900879823-2
Resolución No. 1500-66.03-1768 del 20 de junio de 2018

Hace constar que:

## HERIBERTO CONTRERAS JIMENEZ

Identificado con cédula de ciudadanía 79740848 de BOGOTA
Cursó y aprobó la acción de formación complementaria en :

## MECÁNICA BÁSICA AUTOMOTRIZ

Dictado el 26/08/2021
Con una intensidad horaria de 10 Horas
En constancia se refrenda con Sello y Firma

Luis Alberto Rodriguez Matiz
Director Academico

Samuel Steven Rodriguez Mendoza
Representante Legal

N° Certificado
142728

Página web: www.esvial.com - Email: esvialsas@gmail.com
Celular: 310 274 3380 - 311 208 5978 - 313 413 6223

Powered by CamScanner

# ESVIAL

INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO
"SERVICIO CON CALIDAD Y SEGURIDAD"
NIT: 900879823-2
Resolución No. 1500-56.03-1768 del 20 de Junio de 2018

Hace constar que:

## HERIBERTO CONTRERAS JIMENEZ

Identificado con cédula de ciudadanía 79740848 de BOGOTA
Cursó y aprobó la acción de formación complementaria en :

## MANEJO DEFENSIVO Y PREVENTIVO

Dictado el 23/08/2021
Con una intensidad horaria de 20 Horas
En constancia se refrenda con Sello y Firma

Luis Alberto Rodriguez Matiz
Director Academico

Samuel Steven Rodriguez Mendoza
Representante Legal

Nº Certificado
142729

Página web: www.esvial.com - Email: esvialsas@gmail.com
Celular: 310 274 3380 - 311 208 5978 - 313 413 6223

Powered by CamScanner

# ESVIAL

INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO
"SERVICIO CON CALIDAD Y SEGURIDAD"
NIT: 900879823-2
Resolución No. 1500-56.03-1768 del 20 de Junio de 2018

Hace constar que:

## HERIBERTO CONTRERAS JIMENEZ

Identificado con cédula de ciudadanía 79740848 de BOGOTA
Cursó y aprobó la acción de formación complementaria en :

## MANEJO DE EXTINTORES Y CONTROL DE INCENDIOS

Dictado el 27/08/2021
Con una intensidad horaria de 10 Horas
En constancia se refrenda con Sello y Firma

Luis Alberto Rodriguez Matiz
Director Academico

Samuel Steven Rodriguez Mendoza
Representante Legal

Nº Certificado
142727

Página web: www.esvial.com - Email: esvialsas@gmail.com
Celular: 310 274 3380 - 311 208 5978 - 313 413 6223

Powered by CamScanner

# ESVIAL

INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO
"SERVICIO CON CALIDAD Y SEGURIDAD"
NIT: 900879823-2
Resolución No. 1500-56.03-1768 del 20 de junio de 2018

Hace constar que:

## HERIBERTO CONTRERAS JIMENEZ

Identificado con cédula de ciudadanía 79740848 de BOGOTA
Cursó y aprobó la acción de formación complementaria en :

## OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA

Dictado el 21/08/2021
Con una intensidad horaria de 20 Horas
En constancia se refrenda con Sello y Firma

Luis Alberto Rodriguez Matiz
Director Academico

Samuel Steven Rodriguez Mendoza
Representante Legal

Nº Certificado
142730

Página web: www.esvial.com - Email: esvialsas@gmail.com
Celular: 310 274 3380 - 311 208 5978 - 313 413 6223

Powered by CamScanner

# ESVIAL

ESVIAL

INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO
"SERVICIO CON CALIDAD Y SEGURIDAD"
NIT: 900879323-2
Resolución No. 1500-56.03-1768 del 20 de Junio de 2018

Hace constar que:

## HERIBERTO CONTRERAS JIMENEZ

Identificado con cédula de ciudadanía 79740848 de BOGOTA
Cursó y aprobó la acción de formación complementaria en :

## PRIMEROS AUXILIOS

Dictado el 28/08/2021
Con una intensidad horaria de 10 Horas
En constancia se refrenda con Sello y Firma

Luis Alberto Rodriguez Matiz
Director Academico

Samuel Steven Rodriguez Mendoza
Representante Legal

N° Certificado
142726

Página web: www.esvial.com - Email: esvialsas@gmail.com
Celular: 310 274 3380 - 311 208 5978 - 313 413 6223

Powered by CamScanner

NIT. 901402058-0

# Evaluación de inducción

Nombre: Contreras Jiménez Heriberto

Cargo: Operario de maquinaria

Fecha: 09/06/2023

1. Señale los valores organizacionales de la empresa OCAM JE SAS.
   - A. Responsabilidad
   - B. Excelencia
   - C. Honestidad
   - D. Buenas relaciones
   - E. Respetuoso
2. Señale los peligros a los que usted esta expuesto de acuerdo sus funciones

   [X] Fisico [X] Locativos [X] Quimicos [ ] Biomecanicos

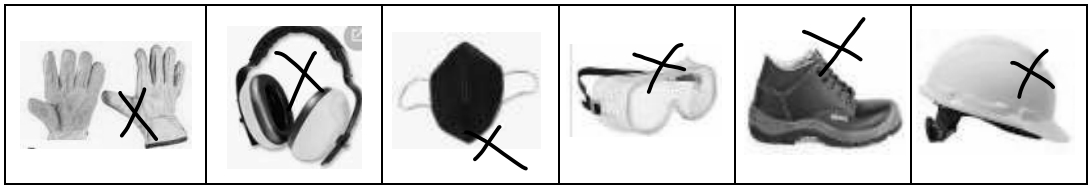
   [X] Biológico [ ] Sicosociales [X] Electricos [ ] Mecanicos

3. Señale los impactos ambientales que se generan en su centro de operaciones

   [X] Consumo de agua y energía [ ] Generación de papel [X] Escombro

   [ ] Consumo materiales pétreos [ ] Emisiones [X] Ruido

4. Señale con una X los elementos de protección individuales que debe usar en sus actividades.



5. Como participa usted en el sistema de gestión

   [X] Asistir a charlas

   [X] Portar adecuadamente el oberol

   [X] Asistir a capacitaciones

Firma del empleado

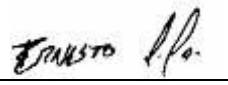
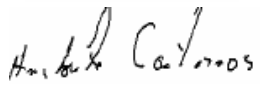
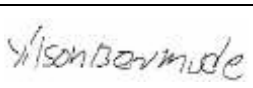
CC. 79740848

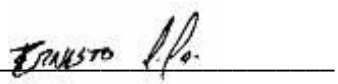
DIAGONAL 35 No 18 43 Torre 2 Apto 305 Correo: ernestojoya959@gmail.com
Teléfonos 3192462332 - 3204005462

NIT. 901402058-0

Acta de Inducciones

Asistencia a inducciones realizadas por parte de obras civiles y alquiler de maquinaria JE SAS Nit.901402058-0

| Participante | Nombres y apellidos | Documento de identidad | Institución | Firma |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Ernesto Joya Marentes | 80236714 | OCAM JE SAS |  |
| 2 | Contreras Jiménez Heriberto | 79740848 | OCAM JE SAS |  |
| 3 | Castillo Quiñones Segundo | 12912002 | OCAM JE SAS |  |
| 4 | Bermúdez Quiñones Yilson Manuel | 98428923 | OCAM JE SAS |  |



Firma representante legal
CC. 80.236.714

DIAGONAL 35 No 18 43 Torre 2 Apto 305 Correo: ernestojoya959@gmail.com
Teléfonos 3192462332 - 3204005462

NIT. 901402058-0

## *NOTIFICACIÓN DE RIESGOS Nº1*

## OPERADORES DE MAQUINARIA Y VEHÍCULOS

**FECHA: 09/06/2023**
**ÁREA O PROYECTO: contrato 336 de 2022**
**CARGO**: Seleccione con una X el cargo

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Operador Minicargador | ☐ | Conductor Volqueta | ☐ | Otro: Operario en general | ☒ |
| Operrador Retroexcavadora | ☐ | Conductor Camioneta | ☐ | | |

| | |
|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | Notificación de riesgos para cargos de operación de maquinaria y vehículos, se presenta las normas de seguridad a tener en cuenta y los elementos de protección Individual de acuerdo a la labor desarrollada. |
| **EPI** | Botas punta de acero, overol, protector auditivo de copa, protector respiratorio y guantes. |

## RIESGOS EXISTENTES

| FÍSICOS | BIOLÓGICOS | BIOMECÁNICO | PSICOSOCIALES | ELÉCTRICOS | LOCATIVOS | QUÍMICOS | MECÁNICOS/ C. SEGURIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RUIDO<br>ILUMINACIÓN<br>RADIACIÓN<br>VIBRACIONES<br>Tº EXTREMAS<br>HUMEDAD | VIRUS<br>BACTERIAS<br>ANIMALES<br>HONGOS | MOVIMIENTOS REPETITIVOS<br>MALAS PORTURAS<br>ESFUERZOS | AISLAMIENTO<br>CARGA DE TRABAJO | CONTACTO DIRECTO E INDIRECTO<br>CARGA ESTÁTICA<br>MALAS CONECCIONES | FALTA DE SEÑALIZACIÓN<br>FALTA DE ORDEN Y ASEO<br>HUECOS Y DESNIVELES | GASES<br>HUMOS<br>VAPORES<br>LÍQUIDOS<br>SÓLIDOS | CAÍDAS<br>MAQUINARIA<br><br>RIESGO PÚBLICO |

## ACCIONES PREVENTIVAS

- Revisar el buen estado de los equipos antes de iniciar sus funciones diarias
- Aislar, demarcar y señalizar todos los frentes de obra, antes y después de realizar las labores respectivas
- Conocer y aplicar las normas de seguridad y señales preventivas en la oficina
- supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia esto evitará accidentes e incidentes
- Evitar fumadores dentro de los frentes de obra esto previene incendios y malestar general al personal
- Conocer las rutas de evacuación, puntos de encuentro y señales de alerta.
- No hacer conexiones o derivaciones eléctricas que generen sobrecargas y a su vez incidentes o accidentes de trabajo
- No hacer mantenimientos de maquinaria en obra
- Durante la permanencia en obra, deberá portar los elementos de protección Individual asignados al presente cargo.
- En caso de realizar labores en cercanías a los equipos y/o maquinarias verificar la ubicación y radio de operación de los mismos para tomar las medidas de seguridad industrial necesarias
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo.
  Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, la Cédula de Ciudadanía

**Procedimiento de notificación al Derecho Examen de Egreso**: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen médico de egreso el cual corre por cuenta del contratista.

Yo HERIBERTO CONTRERAS JIMENEZ identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.740.848 de Bogotá conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE OPERARIO EN GENERAL, la cual se firma el día 09 de junio de 2023 en la ciudad de Bogotá.

Firma Trabajador

Representante legal

DIAGONAL 35 No 18 43 Torre 2 Apto 305 Correo: ernestojoya959@gmail.com
Teléfonos 3192462332 - 3204005462

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:10:27 AM horas del 09/06/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79740848**
Apellidos y Nombres: **CONTRERAS JIMENEZ HERIBERTO**

**ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA**

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 11.510.477
ROJAS SEPULVEDA

APELLIDOS
WALTER GERARDO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-1977
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

26-NOV-1997 MOSQUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1516900-00290572-M-0011510477-20110408 0026609898A 1 1881233957

Dirección: Cra 26 A Bis C # 71-18 Sur

Tel: 3108120126

EPS: Cruz Blanca.

Fondo Pensiones: Colfondos.

Escaneado con CamScanner

EPS | sura

ARL | sura

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 JOSE ARGEON MORA SERRANO.

**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% | | |
| C11510477 | ROJAS SEPULVEDA WALTER GERARDO | 17/12/2022 | | 254h2301 | 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:C1151047723181227 17

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 06:18:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.59.2.48, 198.143.41.39, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Powered by CamScanner

Salud Total

Bogotá, Junio 30 de 2023

Señor:
ROJAS SEPULVEDA WALTER GERARDO
CC. 11510477
CL 49 53 98 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 28 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliacion | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliacion | Fecha de desafiliacion EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ROJAS APARICIO KEYDENS | 1030698609 | R | Abr-10-2023 | 8 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | NO VIGENTE | Abr-10-2023 | Anulación por TDA negados | Ninguna |
| ROJAS SEPULVEDA WALTER GERARDO | 11510477 | C | Sep-28-2022 | 26 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| JOSE ARGEON MORA SERRANO | 11510477 | Dependiente | VIGENTE |
| PROTECCION INTEGRAL OUTSOURCING QHSE SAS | 11510477 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Powered by CamScanner

Colfondos
del grupo HABITAT

# COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

## CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) WALTER GERARDO ROJAS SEPULVEDA identificado(a) con C.C No. 11.510.477, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 28 de marzo del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Escaneado con CamScanner

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) WALTER GERARDO ROJAS SEPULVEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 11510477, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de JOSE ARGEON MORA SERRANO con Cédula de ciudadanía 79257016

Fecha de afiliación a la Caja: 16/12/2022.
Fecha de ingreso a la empresa: 16/12/2022.



**JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA**
**Jefe de Sección Operación Afiliaciones**

Bogotá D.C. 13/02/2023

VIGILADO SuperSubsidio

JOSE ARGEON MORA

## CONTRATO: OBRA O LABOR

| | |
|---|---|
| EMPRESA | JOSE ARGEON MORA SERRANO |
| NIT | 79257016-9 |
| Domicilio del empleador | CRA 15C ESTE -22-22 |
| Teléfono del empleador | 3173424220 |
| Nombre del trabajador | WALTER GERARDO ROJAS SEPULVEDA |
| Cédula de ciudadanía | 11.510.4777 DE MOSQUERA |
| Dirección del trabajador | CRA 26 A BIS #71-13 SUR |
| Teléfono del trabajador | 3108120126 |
| Fecha de nacimiento | 19 DE NOV 1977 |
| Nacionalidad | Colombiano |
| Cargo | OFICIAL DE OBRA |
| Salario | $1.160.000 |
| Forma de pago | mensual |
| Fecha inicio de labores | 4 DE JULIO DEL 2023 |
| Fecha finalización de labores | 4 DE NOVIEMBRE 2023 |
| Lugar de desempeño | El indicado por el empleador |
| Ciudad de contratación trabajador | Bogotá, D.C. |

Entre los suscritos **JOSE ARGEON MORA SERRANO** identificado con cédula de ciudadanía número **79257016** expedida en Bogotá quien actúa como representante legal de la empresa **JOSE ARGEON MORA** y para efectos del presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR.** Por una parte por otra parte **WALTER GERARDO ROJAS SEPULVEDA** identificado con cedula de ciudadanía **11.210.477 DE MOSQUERA** quien en adelante se denominará **EL TRABAJADOR,** han decidido celebrar el siguiente contrato individual de trabajo por **OBRA O** LABOR CONTRATADA, para el contrato de obra: **REF.: CONTRATO DE OBRA NO. 336 DE 2022 CUYO OBJETO ES:** ***"EJECUTAR POR EL SISTEMA DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE Y A MONTO AGOTABLE LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LAEJECUCIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN DE MALLA VIAL Y ESPACIO PÚBLICO ASOCIADO DE LA LOCALIDAD DE BOSA*** regido por el ordenamiento jurídico vigente y las siguientes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMERA. - OBJETO: EL EMPLEADOR** contrata los servicios de **EL TRABAJADOR** y éste se obliga a poner al servicio de **EL EMPLEADOR** toda su capacidad profesional de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones.

**OBLIGACIONES DE EL TRABAJADOR: EL TRABAJADOR** de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR** o sus representantes entregará las labores y trabajos asignados. Son obligaciones de EL TRABAJADOR las que se relacionan a

Powered by CamScanner

continuación: 1. Realizar las labores relacionadas con la obra.
2. ejecutar y reportar las labores realizadas diariamente en la obra (Al jefe inmediato o empleador).

3.Informar al jefe inmediato las novedades de las obras.
4. Cumplir con el uso de los EPP Y DOTACIÓN en la ejecución de labores dentro de la obra.
5. Velar por el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y herramientas de trabajo asignadas para el cumplimiento de sus funciones.
6. Archivar adecuadamente los planos de obra, Mantener en orden y aseo su puesto de trabajo o campamento de obra.
7. Responder por los equipos y herramientas de trabajo asignados para el cumplimiento de sus funciones.
8. Cumplir con el reglamento interno de trabajo y las normas de higiene y seguridad industrial adoptadas por la empresa.
9. Responder por las funciones relacionadas en el Perfil de Cargo, documento que hace parte del Sistema de Gestión Integral (SGI) y velar por el cumplimiento del SGI. 10. Los permisos de citas médicas entre otros el TRABAJADOR debe solicitarlo por escrito al EMPLEADOR o jefe inmediato y llenar el respetivo formato de permisos. 12.El trabajador debe reportar al jefe inmediato en el momento que no asista a laborar y de ser reiterativo se da por terminado el contrato laboral o abandono del cargo. 11. Todo trabajador al finalizar el contrato debe estar a Paz y Salvo r para su liquidación y en caso de tener un pendiente, EL TRABAJADOR se obliga a enmendarlo económicamente.
12. 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.

**CLAUSULA SEGUNDA – OBLIGACIONES DE EL EMPLEADOR**: LAS QUE ESTÁNPREVISTAS EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO COLOMBIANO PARA EL **CLAUSULA TERCERA. - VALOR DE CONTRATO POR LABOR CONTRATADA: EL EMPLEADOR** PAGARÁ A **EL TRABAJADOR** POR SUS LABORES EL SALARIO MENSUAL **DE UN MILLON CIENTOSECENTA MIL PESOS ($1.160.000) MAS AUXILIO DE TRANSPORTE MONEDA CORRIENTE.** 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.

**CLÁUSULA CUARTA. - FORMA DE PAGO: EL EMPLEADOR** se compromete a pagar a **EL TRABAJADOR** la suma antes mencionada en pagos mensuales. **CLAUSULA QUINTA- TIPO DE CONTRATO:** La modalidad de este contrato es POR OBRA OLABOR CONTRATADA. El presente contrato se iniciará una vez RECIBIDA LA APROBACION Y INDUCCION POR PARTE DE LA EMPRESA CONTRATISTA, lo manifieste por escrito y finaliza el 4 NOVIEMBRE 2023.

**CLAUSULA SEXTA. - JORNADA LABORAL:** Las partes acuerdan que el

Powered by CamScanner

presente contrato será de tiempo completo, **con una dedicación del 100%.**
**CLAUSULA SEPTIMA. - PERIODO DE PRUEBA**: Los primeros TRES (3) meses del presente contrato se consideran como período de prueba.

**CLAUSULA OCTAVA – RENOVACIÓN DE CONTRATO:** Las partes acuerdan la no renovación automática de este contrato. **CLAUSULA NOVENA.- NORMATIVIDAD**: Este contrato ha sido redactado de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en concordancia con el Código Sustantivo del Trabajo y de la Seguridad Social. **CLAUSULA DECIMA – SUSTITUCIÓN:** 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. **CLAUSULA ONCE - CAUSALES DE TERMINACIÓN:** Este contrato se terminará en cualquiera de los siguientes eventos: 1. Por mutuo acuerdo de las partes. 2. Por fuerza mayor o caso fortuito que hagan imposible continuar su ejecución. 3. Por incumplimiento de alguna de las partes. 4. Por sentencia judicial o acto jurídico que lo determine. 5. Por declaratoria de insolvencia y/o liquidación de la empresa. 6. Por finalización normal o anticipada, del plazo de ejecución del **contrato.** 7. Por finalización del plazo de ejecución del presente contrato. **CLÁUSULA DOCE - CESIÓN:** El presente contrato se celebra en atención a las condiciones profesionales de **EL TRABAJADOR**, en consecuencia, no podrá cederlo en todo, ni en parte, a ningún título, sin el consentimiento expreso, previo y escrito de **EL EMPLEADOR. CLÁUSULA TRECE - LIQUIDACIÓN:** Las partes acuerdan que, para proceder al pago de la liquidación del presente contrato a **EL TRABAJADOR**, será necesario que **EL TRABAJADOR** cuente con paz y salvo suscrito por el jefe inmediato. Para constancia se firma un ejemplar:
(04) de JULIO de dos mil veintitrés (2023).

**EMPRESA** **TRABAJADOR**

NIT: 79257016-9
José Argeón Mora

Firma:

**JOSÉ ARGEÓN MORA SERRANO**

**NIT: 79.257.016-9**

**REPRESENTANTE LEGAL**

Firma:

**WALTER GERARDO ROJAS SEPULVEDA**
**C.C. 11.510.477 DE MOSQUERA**

Cargo: OFICIAL DE OBRA

Powered by CamScanner

Vacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

Vacuna Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres: Walter
Apellidos: Rojas
Documento de identidad: C.C / T.I Pasaporte PEP otro cuál
No. 11310477
Fecha de nacimiento: Día 19 Mes 11 Año 1977

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 12 DIC 2021 | Astrazonca | 6/22 77904 | CUBRIR SUB | Franliz Ortiz | |
| | 2 | | | | | | |
| | | | | | | | |

Escaneado con CamScanner

minerva 10-03

Hoja de vida LA ORIGINAL Minerva 1905

www.formasminerva.com

# HOJA DE VIDA
## PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

| Fecha | Empleo o cargo al que aspira |
|---|---|
| D 27 M 03 A 22 | Oficial |

## I. INFORMACION GENERAL

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



| Apellido(s) del aspirante | Nombre(s) del aspirante |
|---|---|
| Rojas Sepulveda | Walter Gerardo |
| **Fecha de Nacimiento** | **Lugar de Nacimiento** |
| D 19 M 11 A 1977 | bogota. |
| **Dirección domicilio / Barrio** | **Ciudad** |
| cra. 26 A # 76 - 22 Sur | bogota |
| **Teléfono** | **No. Celular** |
| | 310 812 01 26 |
| **Correo electrónico** | **Nacionalidad** |
| Walterojas2022@gmail.com | colombiano |
| **Profesión, ocupación u oficio** | **(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral** |
| Oficial | Soltero / 4 años |

### DOCUMENTACION

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cédula de ciudadanía: [X] N° 1.510.477 | (**) Libreta militar N° | Primera clase: [ ] | |
| Extranjería: [ ] Expedida en: | Distrito N° | Segunda clase: [ ] | |
| Tarjeta profesional N° | ¿Tiene vehículo? Si [ ] No [ ] | Licencia de conducción N° | Categoría |

## II. PERFIL LABORAL

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

bachillerato - Soy oficial de obra y tengo Gran capacidad para aprender y me desempeño bien en mi cargo o asignacion. Responsable.

## II. INFORMACION PERSONAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [ ] | ¿En qué empresa? | Empleado [X] Independiente [ ] | Tipo de contrato |
| ¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X] | ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X] | Fecha D M A | ¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [X] Nombre / Dependencia |
| ¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X] Nombre / Dependencia | | ¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [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? [ ] ¿Propia? [X] ¿Alquilada? [ ] | Nombre del arrendador | Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? |
| ¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X] | Descríbalo e indique su valor mensual | | ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1.200.000 = |
| ¿Por qué conceptos? cuota alimentaria - transporte - comida - ext. | | | ¿Cuánto es su aspiración salarial? |
| ¿Cuál es su principal afición? | ¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ] ¿Cuál(es)? baloncesto | | |

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

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



Escaneado con CamScanner

## IV. INFORMACION FAMILIAR

| Nombre esposa(o) o compañera(o) | Profesión, ocupación u oficio | Empresa donde trabaja | |
|---|---|---|---|
| Cargo actual | Dirección | Teléfono | Ciudad |
| N° de personas que dependen económicamente de usted | Parentesco | | Edades |
| Nombre(s) padre(s) | Profesión, ocupación u oficio | | Teléfono(s) |
| | | | |
| Nombre(s) hermanos(s) | Profesión, ocupación u oficio | | Teléfono(s) |
| Maryori Rojos | ama de casa | | 3232517246 |

## V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| ESTUDIOS | AÑO DE FINALIZACION | AÑOS CURSADOS | TITULO OBTENIDO | NOMBRE DE LA INSTITUCION | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria | 1987 | 5 | primaria | jose maria cordoba | bogota |
| Bachillerato Académico X Técnico / Comercial / Otro | 1992 | 6 | bachillerato | jose antonio galan | bogota |
| 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 | 1. | R B MB | 3. | R B MB | | | |
| ¿Que programas maneja? | 2. | R B MB | 4. | R B MB | | | |
| Idiomas Si / No | 1. | Escucha | Lectura | Escritura | Habla | | |
| ¿Qué idioma(s) conoce? | 2. | R B MB / R B MB | R B MB / R B MB | R B MB / R B MB | R B MB / R B MB | | |

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

## VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

| Nombre de la última o actual 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 / 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

minerva

Escaneado con CamScanner