COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892399989 - 8

**Sistemas Integrados de Gestión**

# INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES**
**MARQUE CON UNA X**

| |
|---|
| CÓDIGO: F-SU-008 |
| VERSIÓN:10 |
| FECHA:19/07/2022 |

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

## DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR | TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C. / C.E. / PEP / PPT) | No. DE IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| CONTACTÁMOS DEL CARIBE SAS | X | 901.771.029 | 3169860391 |

## DATOS DEL TRABAJADOR

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS) | No. DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|---|---|
| VÁSQUEZ | BERRIO | X | 77.018.776 | 1964 / 09 / 06 |
| **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** | | | |
| GENECO | AUGUSTO | | | |

| FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA) | SALARIO BÁSICO MENSUAL | No. DE HORAS TRAB. EN EL MES | PROFESIÓN | CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA | NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio) |
|---|---|---|---|---|---|
| 2024 / 06 / 04 | $3.800.000 | 188 | | RESIDENTE DE OBRA | CARIBIC INGENIERÍA SAS |

| DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR | BARRIO | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) |
|---|---|---|---|
| CALLE 6B No. 13A-46 | | VALLEDUPAR | X / |

| TELÉFONO DEL TRABAJADOR | CELULAR 1 | CELULAR 2 | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|
| | 3186794503 | | |

| DIRECCIÓN DONDE LABORA | MUNICIPIO DONDE LABORA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) | VIVE EN CASA PROPIA: |
|---|---|---|---|
| | VALLEDUPAR | X / | SI [X] NO [ ] |

**GÉNERO:** HOMBRE [X] MUJER [ ] INDETERMINADO [ ]

**ORIENTACIÓN SEXUAL:** Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible [ ]

**ESTADO CIVIL:** Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Unión Libre [ ] Viudo [ ]

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:**
Preescolar [ ] Primera Infancia [ ]
Básica [ ] Técnico/Tecnológico [ ]
Secundaria [ ] Profesional Universitario [X]
Media [ ] Posgrado/Maestría [ ]
Básica adultos [ ] Ninguna [ ]
Secundaria adultos [ ] Información no disponible [ ]
Media adultos [ ]

**FACTOR DE VULNERABILIDAD**
Desplazado [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ]
Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] En condición de discapacidad [ ]
Desmovilizado o reinsertado [ ] Población migrante [ ]
Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ] Población zonas frontera (Nacionales) [ ]
Damnificado desastre natural [ ] Ejercicio del trabajo sexual [ ]
Cabeza de familia [X] No aplica [ ]

**PERTENENCIA ÉTNICA:**
Afrocolombiano [ ]
Comunidad negra [ ]
Indígena [ ]
Palenquero [ ]
Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ]
Room/gitano [ ]
No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [X]

## ¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? Si [ ] No [X]

| NIT / CC / CE / PA / No. | NOMBRE DEL EMPLEADOR | HORAS MENSUALES TRABAJADAS | FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA) | SALARIO |
|---|---|---|---|---|
| NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No. | | | | |
| NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No. | | | | |

## DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS) | No. DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|---|---|
| **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** | | | |

| GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO) | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | BARRIO | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| TELÉFONO Y/O CELULAR | NIVEL DE ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN |
|---|---|---|
| | | ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ] |

| NOMBRE DE LA EMPRESA | SALARIO MENSUAL | EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA | POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR? |
|---|---|---|---|
| | | SI [ ] NO [ ] | |

## PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

## RECEPCIÓN DOCUMENTOS

## DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C | T.I. | C.C | C.E | P.A | PEP/PPT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | GÉNERO: FEMENINO | MASCULINO | INDETERMINADO | FECHA DE NACIMIENTO: AÑO | MES | DÍA | PARENTESCO: HIJO | PADRES | HIJASTRO | HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES | DISCAPACITADO: SI | NO | UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO | RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

## DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

YULIANA DÍAZ RUIZ

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

GENECO VÁSQUEZ BERRIO

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

| PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR | RECEPCIÓN DOCUMENTOS |
|---|---|
| OBSERVACIONES: | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso par cular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

## CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.
1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

## ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año. 8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfacesar.

## PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

## AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

### ● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el
- afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

### ● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com) En caso de
- que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

  **Nota:** En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

### ● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizara el t i po de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la en dad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).

  **Nota:** A par r de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educa va debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del período lectivo correspondiente.

### ● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres(s) (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el t i po de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si ene padres inválidos o de capacidad f í sica disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.

  **Nota:** Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

### ● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de
- documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Cerficado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Cerficado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. Diligenciar el
- formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

### ● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil
- de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a par r de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

# DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

## DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

## DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación

2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.

3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.

4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.

5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.

6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.

7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.

8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.

9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.

10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.

11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/06/2024, el empleador CONTACTAMOS DEL CARIBE SAS identificado con NIT número 901771029 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 7226771 | 01/06/2024 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1192717734 | YEINERJOSE LASCARRO MENDEZ | 1800000 | INSPECTOR DE SALUD Y SEGURIDAD | 2024-06-04 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Junio del año 2024.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 01 de June de 2024

**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 CONTACTÁMOS DEL CARIBE 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: | 000006.960 RIESGO 5 | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1192717734 | LASCARRO MENDEZ YEINER JOSE | 04/06/2024 | | 7w210165 | 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 01/06/2024 07:08:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.169.238.247, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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:

**YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.192.717.734**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Junio del 2024.

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.

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892399989 - 8

**Sistemas Integrados de Gestión**

# INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES**
**MARQUE CON UNA X**

| CÓDIGO: F-SU-008 |
|---|
| VERSIÓN:10 |
| FECHA:19/07/2022 |

NUEVA (S) [ ] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

## DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR | TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C. / C.E. / PEP / PPT) | No. DE IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| CONTACTÁMOS DEL CARIBE SAS | X | 901.771.029 | 3169860391 |

## DATOS DEL TRABAJADOR

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS) | No. DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|---|---|
| LASCARRO | MENDEZ | | | |
| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | | |
| YEINER | JOSÉ | X | 1.192.717.734 | 1999 / 12 / 25 |

| FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA) | SALARIO BÁSICO MENSUAL | No. DE HORAS TRAB. EN EL MES | PROFESIÓN | CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA | NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio) |
|---|---|---|---|---|---|
| 2024 / 06 / 04 | $ 1.800.000 | 188 | | PROFESIONAL HSEQ | CARIBIC INGENIERIA SAS |

| DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR | BARRIO | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) |
|---|---|---|---|
| CALLE 5 No. 48-171 | | VALLEDUPAR | X / |

| TELÉFONO DEL TRABAJADOR | CELULAR 1 | CELULAR 2 | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|
| | 3128870046 | | |

| DIRECCIÓN DONDE LABORA | MUNICIPIO DONDE LABORA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) | VIVE EN CASA PROPIA: |
|---|---|---|---|
| | VALLEDUPAR | X / | SI [ ] NO [X] |

**GÉNERO:** HOMBRE X | MUJER | INDETERMINADO

**ORIENTACIÓN SEXUAL:** Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible [ ]

**ESTADO CIVIL:** Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Unión Libre [ ] Viudo [ ]

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:**
Preescolar [ ] Primaria Infancia [ ]
Básica [ ] Técnico/Tecnológico [ ]
Secundaria [ ] Profesional Universitario [X]
Media [ ] Posgrado/Maestría [ ]
Básica adultos [ ] Ninguna [ ]
Secundaria adultos [ ] Información no disponible [ ]
Media adultos [ ]

**FACTOR DE VULNERABILIDAD**
Desplazado [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ]
Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] En condición de discapacidad [ ]
Desmovilizado o reinsertado [ ] Población migrante [ ]
Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ] Población zonas frontera (Nacionales) [ ]
Damnificado desastre natural [ ] Ejercicio del trabajo sexual [ ]
Cabeza de familia [X] No aplica [ ]

**PERTENENCIA ÉTNICA:**
Afrocolombiano [ ]
Comunidad negra [ ]
Indígena [ ]
Palenquero [ ]
Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ]
Room/gitano [ ]
No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [X]

## ¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? Si [ ] No [X]

| NIT / CC / CE / PA — No. | NOMBRE DEL EMPLEADOR | HORAS MENSUALES TRABAJADAS | FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA) | SALARIO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

## DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS) | No. DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|---|---|
| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | | |

| GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO) | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | BARRIO | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| TELÉFONO Y/O CELULAR | NIVEL DE ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN |
|---|---|---|
| | | ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ] |

| NOMBRE DE LA EMPRESA | SALARIO MENSUAL | EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA | POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR? |
|---|---|---|---|
| | | SI [ ] NO [ ] | |

## PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

## RECEPCIÓN DOCUMENTOS

## DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C | T.I. | C.C | C.E | P.A | PEP/PPT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | GÉNERO: FEMENINO | MASCULINO | INDETERMINADO | FECHA DE NACIMIENTO: AÑO | MES | DÍA | PARENTESCO: HIJO | PADRES | HIJASTRO | HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES | DISCAPACITADO: SI | NO | UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO | RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

## DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

YULIANA DÍAZ RUIZ

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

YEINER LASCARRO MENDEZ

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

| PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR | RECEPCIÓN DOCUMENTOS |
|---|---|
| OBSERVACIONES: | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso par cular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

## CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.
1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

## ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año. 8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfacesar.

## PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

## AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

### ● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el
- afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

### ● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com) En caso de
- que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

  **Nota:** En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

### ● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizara el t i po de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la en dad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).

  **Nota:** A par r de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educa va debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del período lectivo correspondiente.

### ● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres(s) (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el t i po de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si ene padres inválidos o de capacidad f í sica disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.

  **Nota:** Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

### ● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de
- documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Cerficado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Cerficado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. Diligenciar el
- formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

### ● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil
- de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a par r de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

# DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

## DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

## DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación

2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.

3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.

4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.

5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.

6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.

7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.

8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.

9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.

10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.

11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.

Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80085785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 23.826**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 01 DÍA | 06 MES | 2024 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| CARIBIC INGENIERIA SAS | CARIBIC INGENIERIA SAS |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| LASCARRO MENDEZ YEINER JOSÉ | MASCULINO | 24 AÑOS 5 MESES 6 DÍAS | CC (Tipo) | 1192717734 (Número) |
| | Teléfonos | | | |

Cargo
**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)**

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR MEDICINA GENERAL ANUAL PREVENTIVA | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | HABITOS SALUDABLES |
| | | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | | CONTROL DE PESO |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Diana Marcela Gil R

**Firma:**

**Nombre:** GIL RAMIREZ DIANA MARCELA

**R. M.:** 86114-2010 **L.S.O.:** 0683

**Código de Seguridad**
**R367X1D23826**

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** LASCARRO MENDEZ YEINER JOSÉ

**CC:** 1192717734

*Yeiner José Lascarro Méndez*
*C.C: 1.192.717.734 de Valledupar*



# *Hoja de Vida*

## *Información Personal*

| | |
|---|---|
| **Nombres** | yeiner José |
| **Apellidos** | Lascarro Méndez |
| **Cedula de ciudadanía** | 1.192.717.734 de Valledupar |
| **Fecha de nacimiento** | 25 diciembre 1999 |
| **Lugar de Nacimiento** | Valledupar - cesar |
| **Estado Civil** | Soltero |
| **Dirección** | Calle 5 #48-171 |
| **ciudad** | Valledupar |
| **Celular** | 3128870046 |
| **E-mail** | yeinerjoselascarro@gmail.com |

## *Perfil*

Tecnólogo Salud Ocupacional: con experiencia superior a 3 años en el área. conocimiento en seguimiento del sistema. SG.SST reporte de accidente, incidente laboral investigación de accidente, capacitaciones y seguimiento de los elementos de protección personal E informe de gestión
Con licencia vigente de salud ocupacional

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

*Yeiner José Lascarro Méndez*
*C.C: 1.192.717.734 de Valledupar*

## *Datos académicos*

- Primarios — **Institución educativa Bello Horizonte**
  Ciudad: Valledupar Cesar Año (2012)
- Secundarios — **Institución educativa Bello Horizonte**
  Ciudad: Valledupar Cesar (2018)
- Tecnólogo: **Salud Ocupacional**
  Universitarios **Instecan**
  Ciudad: Villanueva-Guajira Año (2019)
- Técnico: **Auxilia en enfermería**
  **Universitarios** **Esesco**
  Ciudad: Valledupar Cesar Año (2022)

- Otros:
  - Coordinador de altura
  - Altura avanzada
  - 50 horas del SG.SST
  - Seguimiento del sistema SG, SST
  - Conformación del copasst
  - Soporte vital básico
  - gestión de duelo
  - Humanización de servicio de salud

## *Referencias Familiares*

Nombre Bedis lascarro
Ocupación Asesora Comercial
celular 310 690 0092

Nombre Maira Alejandra Olano
Ocupación Comerciante
celular 3217501118

## *Referencias Personales*

Nombre Fabio Barbosa Barbosa
Ocupación ING HSEQ
Celular 3218786734

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

# *Experiencia laboral*

| | |
|---|---|
| Nombre de la empresa | SIM S.A.S |
| Sector Económico | Sector eléctrico |
| cargo: | Supervisor SST |
| experiencia laboral: | 8 meses |
| ciudad: | La loma- Cesar |
| fecha | Ingre 15/Mayo/2023 Re: 30/Enero/2024 |

| | |
|---|---|
| Nombre de la empresa | SD S.A S. |
| Sector Económico | Sector eléctrico |
| cargo: | Supervisor HSE-Q |
| experiencia laboral: | 8 meses |
| ciudad: | Maicao- La Guajira |
| fecha | Ingre 18/Octubre /2022 Re: 09/Mayo/2023 |

| | |
|---|---|
| Nombre de la empresa | PILASTRO E INGENIERÍA Y CONSTRUCCIONES S.A.S |
| Sector Económico | obras civiles y eléctrico |
| cargo: | Supervisor HSE |
| experiencia laboral: | 10 meses |
| ciudad: | La Loma – Cesar |
| fecha | Ingre 21/Noviembre/2021 Re: 22/Agosto/2022 |

| | |
|---|---|
| Nombre de la empresa: | JCG INGENIERÍA Y LOGÍSTICA |
| Sector Económico | obras civiles y espacio confinados y eléctrico |
| cargo: | inspector de sst |
| experiencia laboral: | 11 meses |
| ciudad: | Dabeiba – Antioquia |
| fecha | Ingre 15/Noviembre/2020 Re: 20/Octubre/2021 |

| | |
|---|---|
| Nombre de la empresa: | CONSTRUCIONES E INGENERIA DEL CARIBE |
| Sector Económico | obras civiles y espacio confinados y eléctrico |
| cargo: | inspector de sst |
| experiencia laboral: | 1 años y siete meses |
| ciudad: | Valledupar – cesar |
| fecha | Ingre 12/Marzo/2019 Re: 22/Octubre/20 |

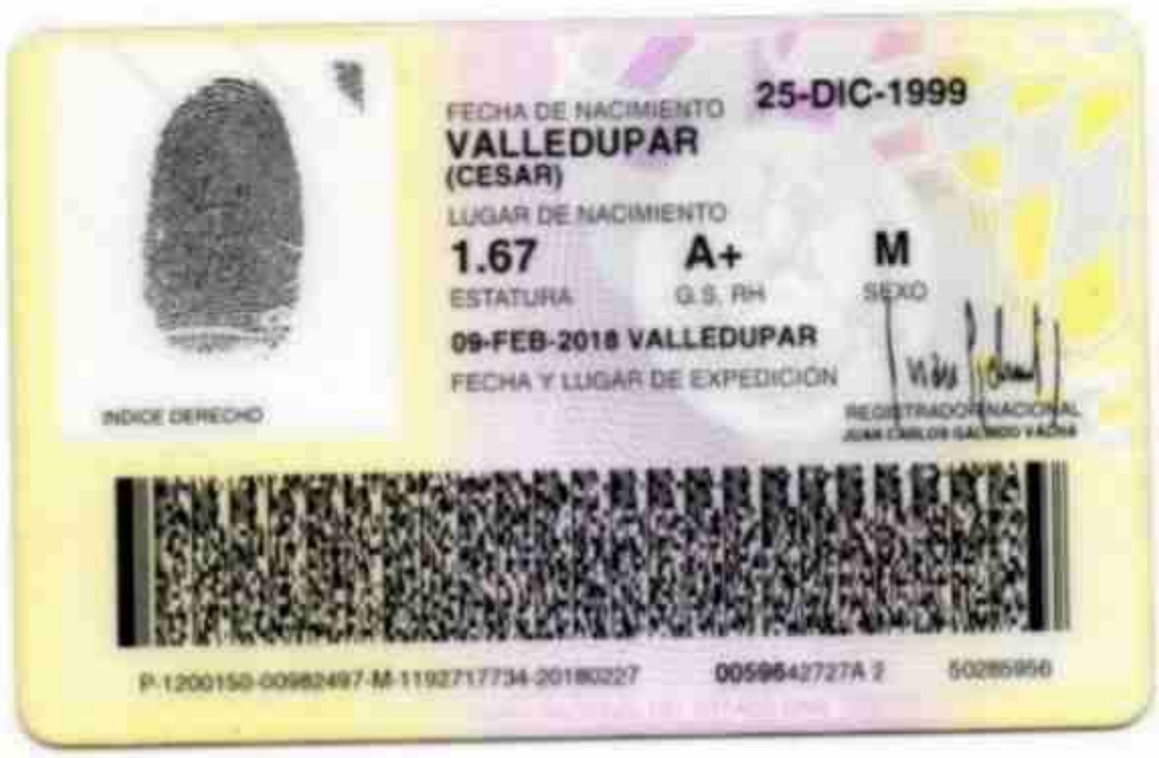
Lascarro H. Yeiner

*Yeiner José Lascarro Méndez*
*C.C: 1.192.717.734 de Valledupar*

Escaneado con CamScanner

*Yeiner José Lascarro Méndez*
*C.C: 1.192.717.734 de Valledupar*




Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre

# Institución Educativa Bello Horizonte

Aprobado por la Secretaria de Educacion Municipal de Valledupar,
según Resolución 00370 del 14 de Noviembre de 2018
Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997
NIT. 824.005.186-3 Código DANE 120001006768

Confiere a:

## YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ

Identificado (a) con C.C. No. 1.192.717.734 Expedida en Valledupar - Cesar

El Titulo de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los desempeños correspondientes
al nivel de Educación Media Académica, de conformidad a la ley 115 de Febrero 8 de 1994,
Decreto reglamentario 1860 de 1994 y Decreto 1290 del 16 de Abril de 2009
y el Proyecto Educativo Institucional P.E.I. del Plantel .

Jesús María Quiñones Saravia
Rector

RECTOR

GLOBALIZAMOS CONOCIMIENTOS PARA UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA

Nidya Esther Ardila Sánchez
Secretaria

Libro de Registro No. 005

Folio No. 005 Diploma No. 39

Dado en Valledupar a los 10 días
del mes de Diciembre del año 2018

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según decretos No. 1421 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de La República

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPÚBLICA COLOMBIA

# INSTECAN

## INSTITUTO TÉCNICO INSTECAN

Resolución 003374 29 de junio del 2013 de secretaría de Educación Municipal

La Rectoría General y la Coordinación de educación para el trabajo y el Desarrollo Humano del. INSTITUTO TÉCNICO INSTECAN por media de la secretaría de Educación Municipal otorga el Certificado a:

## YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ

CC:1.192717.734 de Valledupar-cesar

POR HABER CURSADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE FORMACIÓN:

## TECNÓLOGO EN SALUD OCUPACIONAL

En testimonio de lo anterior, se firma el presente titulo en la sede de la cuidad de Villanueva -La Guajira a los veintisiete (27) días del mes de febrero de dos mil diecinueve (2019)

Rector

Coordinadora ETDH

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre la

# ESCUELA DE EDUCACIÓN DE COLOMBIA

# ESESCO

Aprobada Oficialmente Según Resolución 0117 del 21 de Septiembre del 2006,0182 del 30 de Noviembre de 2006 y 000168 del 11 de Septiembre de 2015, emitidas por la Secretaria de Educación Municipal de Valledupar y Acuerdo 00109 del 09 de Mayo de 2015 otorgado por el Ministerio de Protección Social - Bogotá

Teniendo en cuenta que

## Yeiner José Lascarro Méndez

C.C. No. 1.192.717.734 de Valledupar - Cesar

Alcanzó satisfactoriamente las competencias establecidas en el programa de formación laboral.

Otorga el presente Diploma de

## Técnico Laboral Por Competencias En Auxiliar En Enfermería

Con una intensidad horaria de 1.850 horas.

Dado en la Ciudad de Valledupar - Cesar, a los 17 dias del mes de Diciembre de 2022

DIRECTOR GENERAL

SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO EN EL LIBRO TS 001 FOLIO 8

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL CESAR

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

**RESOLUCION NUMERO**- 00425 DE 10 abril.2019

"Por la cual se concede licencia para prestación de servicio de salud ocupacional"

El secretario de salud departamental del cesar, en uso de atribuciones legales y en general de las que les confiere la resolución 4502 de diciembre de 28 de 2012 de y decreto 059 de 2005.

**CONSIDERANDO**

Que de acuerdo con los previsto en el articulo 1 de la resolución 4502 de diciembre 28 del 2012, se resolvió delegar en las direcciones seccionales o locales de salud, la función de expedir y renovar las licencias de salud ocupacional, a las personas naturales o jurídicas que ofertan servicios de salud ocupacional, a nivel nacional previo cumplimiento en las condiciones y requisito exigidos en la resolución citada.

Que el ciudadano **YEINER JOSE LAS CARRO MENDEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía numero 1.192.717.734, expedida en Valledupar(cesar), ha solicitado licencia para la prestación de servicio de salud ocupacional anexado a su petición la documentación exigida en el articulo 2, literal A la resolución No.4502 de diciembre 28 del 2012

Que de acuerdo a lo normando en el articulo 6 de la resolución 4502 de diciembre del 2012 ya mencionada las licencias tendrá vigencia de 10 años y podrán ser renovados por un termino legal siempre y cuando cumpla con los requisitos estipulados en la normatividad vigente en el momento de la renovación.

Que la Secretaria de Educación Departamental de acuerdo a las disposiciones legales remitió los documentos por el ciudadano YEINER JOSE LAS CARRO MENDEZ, para su estudio por la parte del Comité Seccional de Salud Ocupacional del Departamento del Cesar.

Que, con base a la documentación allegada, previo estudio técnico legal y efectuado por esta institución y por el Comité Seccional de Salud Ocupacional, es procedente otorgar la respectiva Licencia para la Prestación de Servicio de Salud Ocupacional.

Que, en medio de lo anterior expuesto, este despacho.

**RESUELVE**

ARTICULO PRIMERO: conocer Licencia para prestar servicio en Salud Ocupacional al ciudadano, **YEINER JOSE LAS CARRO MENDEZ,** identificado con la cedula ciudadanía numero 1.192.717.734, expedid en Valledupar(Cesar), de acuerdo a su perfil como **TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL**, en los campos de acción de apoyo en las actividades de higienes industrial apoyo en las actividades de seguridad industrial, acompañamiento, en la investigación del accidente de trabajo, educación, capacitación, ejecución del sistema d gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia de que trata el articulo anterior, se conoce por termino de diez (10) años contados a partir de la ejecutoria presente resolución podrá ser renovado por un término igual.

ARTICULO TERCERO: Esta licencia es valida en todo el territorio Nacional.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPAFRTAMENTO DEL CESAR

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

**CONTINUACION RESOLUCION NUMERO** 00425

"Por la cual se concede licencia para prestación de servicio de salud ocupacional"

ARTICULO CUARTO: contra la presente Resolución procede el recurso de Reposición ante el Secretario de Salud Departamental y en su defecto el de la Apelación ante el despacho del ministerio de Salud en los términos y condiciones establecidas en el código contencioso administrativo, tal y como lo prescribe el articulo 12 de la Resolución numero 4502 de diciembre de 2012.

ARTICULO QUINTO: la autoridad sanitaria aplicara las sanciones correspondientes, en especial las estipuladas en la ley 09 de 23 de febrero de 1979, cuando la persona natural o jurídica haga uso indebido de la licencia para la Prestación de Servicio en Salud Ocupacional expedida por la presente Resolución.

ARTICULO SEXTO: Toda solicitud para la prestación de Servicio de Salud Ocupacional que el titular de esta licencia presente a instituciones públicas o privadas, deberá estar acompañada de copia de la presente que acredite el otorgamiento de su respectiva licencia.

**NOTIFIQUESE Y CUMPLASE**

Dada en Valledupar, al 10 abril,2019

***HERNAN BAQUERO RODRIGUEZ***
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

NOTIFICACION

En la ciudad de Valledupar, a los ____10Abril-2019 _____notifique personalmente el contenido de la resolución __4502___ por lo cual se concede licencia de Servicio de Salud Ocupacional a, **YEINER JOSE LAS CARRO MENDEZ,** identificado con la cedula de ciudadanía número 1.192.717.734, expedida en Valledupar (Cesar).

**EL NOTIFICADO** **EL NOTIFICADOR**

Lascarro H. Yeiner

**CC.NO.** 1192717734 **CC.NO. 44.741.374**

**REVISDO:**
**JUAN CARLOS VILORIA**
**GESTION DE CALIDAD**

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL CESAR
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

LO HACEMOS MEJOR
GOBIERNO DEL CESAR

**RESOLUCIÓN No. 20-** 003340 **23 MAR 2023**

**POR LA CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACIÓN PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN**

**EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR**, en uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de 2000 y,

**CONSIDERANDO**

Que el artículo 1 del Decreto 1352 de 2000, modificó el artículo 1 del Decreto 1875 de 1994, estableciendo:

*"**ARTICULO 1o.** Modifíquese el artículo 1o. del Decreto 1875 de 1994, el cual quedará así:*

*Competencia para la autorización del ejercicio profesional. Las Direcciones Departamentales de Salud y la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe Bogotá, expedirán el acto administrativo mediante el cual se autorice el ejercicio de las profesiones del área de la salud en todo el territorio nacional".*

Que **YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ,** identificado con cédula de ciudadanía No.**1192717734** expedida en **VALLEDUPAR - CESAR**, solicitó ante esta secretaria de salud del Departamento del Cesar, autorización del ejercicio profesional de **AUXILIAR EN ENFERMERÍA** que le otorgó **LA ESCUELA DE EDUCACIÓN DE COLOMBIA - ESESCO,** el **día 17/12/2022.**

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante, esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en mérito de lo expuesto,

**RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO.** Autorizar a **YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ,** identificado con cédula de ciudadanía No.**1192717734** expedida en **VALLEDUPAR - CESAR**, para el ejercicio profesional en todo el Territorio Nacional de **AUXILIAR EN ENFERMERÍA.**

**ARTICULO SEGUNDO:** Notificar a **YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No.**1192717734** expedida en **VALLEDUPAR - CESAR**, del contenido de la presente resolución, en los términos del artículo 67 de la Ley 1437 de 2011, Código Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**ARTÍCULO TERCERO.** Esta resolución será inscrita en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud –RETHUS, para ejercer la profesión en todo el Territorio Nacional

**COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Valledupar a los **23 MAR 2023**

**GUILLERMO ENRIQUE GIRON QUINTANA**
Secretario de Salud Departamento del Cesar

| | |
|---|---|
| Proyectó: | Jaime Cáceres Asprilla, Referente de registro de títulos. |
| Revisó: | Henry José Manjarres Daza, Asesor Jurídico secretaria de salud Departamental, |
| Aprobó: | Migdonia Meneses Mejia, Líder de Prestación y Servicios |
| Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento, cuyo contenido se encuentra ajustado a las disposiciones legales vigentes, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma. | |



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

# CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

CENTRALTURA

Certifica que

**YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ**

**Con cedula de ciudadanía número:** 1192717734

**ASISTIÒ AL CURSO EN ALTURA NIVEL: COORDINADOR 4272**
**CON UNA INTENSIDAD DE 80 HORAS.**

RESOLUCION 4272 AÑO 2021

ORGANISMO DE CERTIFICACIÒN ICONTEC
CÒDIGO DE CERTIFICACIÒN CS – CER809726.

https://www.centraltura.com/site/
centraltura@gmail.com

**FECHA ENTRENAMIENTO:** 23/01/2023
**FECHA EXPEDICIÒN:** 30/01/2023

**NOMBRE EMPRESA:** PERSONA NATURAL (INDEPENDIENTE)
**NIT:** 1128401933
**REPRESENTANTE LEGAL:** YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ
**ARL:** SURA

***CRISTIAN LONDOÑO***
***ENTRENADOR***
***LIC-SST-60077423***

***CAMILO URAN***
***DIRECTOR***

***JAVIER ALONSO PALACIO NIT:901385560***
***REPRESENTANTE LEGAL.***

ENVIGADO - ANTIOQUIA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

**República de Colombia**

**Aliados en Tecnología y Calidad S.A.S.**

Autorizado por el Ministerio de Trabajo según Registro Certificado de Oferente RCO-0027

**Confiere**

Certificado de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Intensidad de 50 Horas

**A**

**Yeiner Jose Lascarro Mendez**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1192717734

Bogotá, 6 de marzo de 2024

ATCAL
ALIADOS EN TECNOLOGÍA Y CALIDAD S.A.S.

65e90efd-8ae0-4f4e-8e37-179da2f00491

CS Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

# CERTIFICA QUE

YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ

**IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1192717734**

## Asistió al Curso de:

GESTION DEL DUELO (GD)

## Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**Marli Esquivel Zambrano**
**GERENTE**

IMAVS

**Marli Esquivel Zambrano**
**REPRESENTANTE LEGAL**

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

# CERTIFICA QUE

YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ

**IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1192717734**

## Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

## Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**Marli Esquivel Zambrano**
**GERENTE**

IMAVS

**Marli Esquivel Zambrano**
**REPRESENTANTE LEGAL**

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

# CERTIFICA QUE

YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ

**IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1192717734**

## Asistió al Curso de:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD (HSS)

## Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**Marli Esquivel Zambrano**
**GERENTE**

IMAVS

**Marli Esquivel Zambrano**
**REPRESENTANTE LEGAL**

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

CTF

# Certificación Laboral

Medellín, 30 de enero de 2024.

Cordial saludo,

Hacemos constar que el señor: **Yeiner José Lascarro Méndez,** identificado con cédula de ciudadanía N° **1.192.717.734,** laboro para la Empresa **SIM SOLUCIONES EN INGENIERIA Y MONTAJE S.A.S,** Nit: **901278688-9,** con un contrato individual a término Obra Labor, desempeñando el cargo de **Supervisor SST,** desde 15 de marzo del 2022 hasta el 30 de enero del 2024.

- LT 115KV LA LOMA CONVOCATORIA UPME 2015.
- LT 500KV LA LOMA UPME CUESTECITA 2017.

Para constancia se firma en el municipio de Medellín, 30/01/24.

Para mayor información de ser necesario se pueden comunicar al siguiente correo: mailto:oscarlondono.sim@gmail.com

**OSCAR YHESIT LONDOÑO HOYOS**
Administrador
Teléfono: (604) 505 2718-3185687520
**SIM SOLUCIONES EN INGENIERIA Y MONTAJE S.A.S**
NIT: 901.278.688-9



Powered by CamScanner

Salomón Durán

***El Dpto. de Recurso Humano.***
***S.D. S.A.S***
***Nit.804.002.840-6***

***CERTIFICA***

*Que el señor* ***Yeiner José Lascarro Méndez****, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.192.717.734, está vinculado laboralmente a* ***SD S.A.S****, desde el día dieciocho (18) de Octubre de 2022 hasta el nueve (09) de mayo de 2023, mediante un Contrato Individual de Trabajo Termino OBRA LABOR, desempeñando durante su vigencia el cargo de* ***supervisor HSEQ.***

*En los siguientes proyectos:*

*-Actividades de construcción, suministro e instalación de muros cortafuegos entre las fases de cada uno de los bancos de autotransformación 230 kV a 115 kV*

*-Construcción-reposición de línea de trasmisión 220 kv, cuestecita windpeshi. -8000014033*

*Se expide la presente certificación con destino al interesado, a los quince (15) días del mes de marzo del año 2023.*

*Atentamente,*

**RUTH MARIANA JAIMES CARDENAS**
*DIRECTORA DE TALENTO HUMANO*
**S.D. S.A.S.**



Km 4 Vía Piedecuesta - Floridablanca
Contacto: +7 6915400 · 316 742 0238
E-mail: contactenos@sdsas.net

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

# CERTIFICACIÓN LABORAL

## HACE CONSTAR

Por la presente certificamos que el señor **YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.1192717734 laboró para la empresa. **PILASTRO INGENERIA Y CONSTRUCIONES S.A.S** desempeñando el cargo de **SUPERVISOR HSE** con un contrato de obra labor. Asignado en el **PROYECTO DE OBRA CIVIL PARQUE FOTOVOLTAICO LA LOMA (CESAR)**. desde el día (21) de Noviembre del 2021 hasta el 22 de Agosto del 2022.

La presente certificación se expide a solicitud del empleado a la empresa el día 26 de septiembre del 2022 en. Valledupar Cesar.

Atentamente:

**GIAMPIERO CAINARCA MORA**
**GERENTE**
**PILASTRO INGENIERIA Y CONSTRUCCION SAS**

**Carrera 12A No. 20 –32 barrio 12 de octubre Valledupar, Celular y WhatsApp 3108714399**
**Tel 580 46 0** ***Email:*** gestionhumano@pilastro.com.co

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

JCG INGENIERÍA
Y LOGÍSTICA S.A.S.

Medellín (Antioquia), 28 de Julio de 2021.

**CERTIFICACIÓN LABORAL**

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **YEINER JOSE LAZCARRO MENDEZ Identificado** con cédula de ciudadanía No. **1.192.717.734** de Valledupar-Cesar trabaja para nuestra empresa desde el día 15 de noviembre del 2020 hasta 20 de octubre del 2021 en el cargo de **SUPERVISOR SST** en los proyectos civiles ejecutados en el municipio de Dabeiba -Antioquia

Para constantia se firma en Medellin el (28) de Noviembre del 2021

Cordialmente,

**Julio Cesar Gomez Mojica**
Representante Legal

Carrera 74A #168A - 83 • Int 7 Ofi 503 • Bogotá DC. xglion@gmail.com +57 3208857161

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

EL JEFE DE GESTION HUMANA DE CONSTRUCION E INGENERIA DEL CARIBE

## HACE CONSTAR

Que el (la) Señor(a), **LASCARRO MENDEZ YEINER JOSE** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.1.192.717.734 laboró para nuestra empresa) desempeñándose con el cargo de. INSPECTOR SST desde el día (12) de Marzo del 2019 hasta el 12 de Octubre del 2020

.

**ESPECIFICACIONES DE LAS ACTIVIDADES DEL CONTRATO EJECUTADO** 1/
Renovación general de la malla vial y espacio público del centro histórico de Valledupar (Cesar) es una obra fundamental para la puesta en marcha del Sistema Estratégico de Transporte Público

2/ Fue renovado con en el mantenimiento y cambio de redes eléctricas de baja y media tensión e instalación del alumbrado público y cometidas domiciliarias

La presente certificación se expide a solicitud del empleado a la empresa el día 29 de Agosto del 2020 en. Valledupar Cesar.

PaolaCaballeroM.

**PAOLA CABALLERO MARTINEZ JEFE GESTION HUMANA: CONSTRUCION E INGENERIA DEL CARIBE**



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner







Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL CESAR

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

**RESOLUCION NUMERO**- 00425 DE 10 abril.2019

"Por la cual se concede licencia para prestación de servicio de salud ocupacional"

El secretario de salud departamental del cesar, en uso de atribuciones legales y en general de las que les confiere la resolución 4502 de diciembre de 28 de 2012 de y decreto 059 de 2005.

**CONSIDERANDO**

Que de acuerdo con los previsto en el articulo 1 de la resolución 4502 de diciembre 28 del 2012, se resolvió delegar en las direcciones seccionales o locales de salud, la función de expedir y renovar las licencias de salud ocupacional, a las personas naturales o jurídicas que ofertan servicios de salud ocupacional, a nivel nacional previo cumplimiento en las condiciones y requisito exigidos en la resolución citada.

Que el ciudadano **YEINER JOSE LAS CARRO MENDEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía numero 1.192.717.734, expedida en Valledupar(cesar), ha solicitado licencia para la prestación de servicio de salud ocupacional anexado a su petición la documentación exigida en el articulo 2, literal A la resolución No.4502 de diciembre 28 del 2012

Que de acuerdo a lo normando en el articulo 6 de la resolución 4502 de diciembre del 2012 ya mencionada las licencias tendrá vigencia de 10 años y podrán ser renovados por un termino legal siempre y cuando cumpla con los requisitos estipulados en la normatividad vigente en el momento de la renovación.

Que la Secretaria de Educación Departamental de acuerdo a las disposiciones legales remitió los documentos por el ciudadano YEINER JOSE LAS CARRO MENDEZ, para su estudio por la parte del Comité Seccional de Salud Ocupacional del Departamento del Cesar.

Que, con base a la documentación allegada, previo estudio técnico legal y efectuado por esta institución y por el Comité Seccional de Salud Ocupacional, es procedente otorgar la respectiva Licencia para la Prestación de Servicio de Salud Ocupacional.

Que, en medio de lo anterior expuesto, este despacho.

**RESUELVE**

ARTICULO PRIMERO: conocer Licencia para prestar servicio en Salud Ocupacional al ciudadano, **YEINER JOSE LAS CARRO MENDEZ,** identificado con la cedula ciudadanía numero 1.192.717.734, expedid en Valledupar(Cesar), de acuerdo a su perfil como **TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL**, en los campos de acción de apoyo en las actividades de higienes industrial apoyo en las actividades de seguridad industrial, acompañamiento, en la investigación del accidente de trabajo, educación, capacitación, ejecución del sistema d gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia de que trata el articulo anterior, se conoce por termino de diez (10) años contados a partir de la ejecutoria presente resolución podrá ser renovado por un término igual.

ARTICULO TERCERO: Esta licencia es valida en todo el territorio Nacional.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPAFRTAMENTO DEL CESAR

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

**CONTINUACION RESOLUCION NUMERO** 00425

"Por la cual se concede licencia para prestación de servicio de salud ocupacional"

ARTICULO CUARTO: contra la presente Resolución procede el recurso de Reposición ante el Secretario de Salud Departamental y en su defecto el de la Apelación ante el despacho del ministerio de Salud en los términos y condiciones establecidas en el código contencioso administrativo, tal y como lo prescribe el articulo 12 de la Resolución numero 4502 de diciembre de 2012.

ARTICULO QUINTO: la autoridad sanitaria aplicara las sanciones correspondientes, en especial las estipuladas en la ley 09 de 23 de febrero de 1979, cuando la persona natural o jurídica haga uso indebido de la licencia para la Prestación de Servicio en Salud Ocupacional expedida por la presente Resolución.

ARTICULO SEXTO: Toda solicitud para la prestación de Servicio de Salud Ocupacional que el titular de esta licencia presente a instituciones públicas o privadas, deberá estar acompañada de copia de la presente que acredite el otorgamiento de su respectiva licencia.

**NOTIFIQUESE Y CUMPLASE**

Dada en Valledupar, al 10 abril,2019

***HERNAN BAQUERO RODRIGUEZ***
SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

NOTIFICACION

En la ciudad de Valledupar, a los ____10Abril-2019 _____notifique personalmente el contenido de la resolución __4502___ por lo cual se concede licencia de Servicio de Salud Ocupacional a, **YEINER JOSE LAS CARRO MENDEZ,** identificado con la cedula de ciudadanía número 1.192.717.734, expedida en Valledupar (Cesar).

**EL NOTIFICADO** **EL NOTIFICADOR**

Lascarro H. Yeiner

**CC.NO.** 1192717734 **CC.NO. 44.741.374**

**REVISDO:**
**JUAN CARLOS VILORIA**
**GESTION DE CALIDAD**

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

# CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

CENTRALTURA

Certifica que

**YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ**

**Con cedula de ciudadanía número:** 1192717734

**ASISTIÒ AL CURSO EN ALTURA NIVEL: COORDINADOR 4272**
**CON UNA INTENSIDAD DE 80 HORAS.**

RESOLUCION 4272 AÑO 2021

ORGANISMO DE CERTIFICACIÒN ICONTEC
CÒDIGO DE CERTIFICACIÒN CS – CER809726.

https://www.centraltura.com/site/
centraltura@gmail.com

**FECHA ENTRENAMIENTO:** 23/01/2023
**FECHA EXPEDICIÒN:** 30/01/2023

**NOMBRE EMPRESA:** PERSONA NATURAL (INDEPENDIENTE)
**NIT:** 1128401933
**REPRESENTANTE LEGAL:** YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ
**ARL:** SURA

***CRISTIAN LONDOÑO***
***ENTRENADOR***
***LIC-SST-60077423***

***CAMILO URAN***
***DIRECTOR***

***JAVIER ALONSO PALACIO NIT:901385560***
***REPRESENTANTE LEGAL.***

ENVIGADO - ANTIOQUIA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

**República de Colombia**

**Aliados en Tecnología y Calidad S.A.S.**

Autorizado por el Ministerio de Trabajo según Registro Certificado de Oferente RCO-0027

**Confiere**

Certificado de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Intensidad de 50 Horas

**A**

**Yeiner Jose Lascarro Mendez**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1192717734

Bogotá, 6 de marzo de 2024

ATCAL
ALIADOS EN TECNOLOGÍA Y CALIDAD S.A.S.

65e90efd-8ae0-4f4e-8e37-179da2f00491

CS Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

# CERTIFICA QUE

YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ

**IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1192717734**

## Asistió al Curso de:

GESTION DEL DUELO (GD)

## Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**Marli Esquivel Zambrano**
**GERENTE**

IMAVS

**Marli Esquivel Zambrano**
**REPRESENTANTE LEGAL**

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

# CERTIFICA QUE

YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ

**IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1192717734**

## Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

## Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**Marli Esquivel Zambrano**
**GERENTE**

IMAVS

**Marli Esquivel Zambrano**
**REPRESENTANTE LEGAL**

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S
NIT 901.221.712-2

# CERTIFICA QUE

YEINER JOSE LASCARRO MENDEZ

**IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1192717734**

## Asistió al Curso de:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD (HSS)

## Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 30 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

**Marli Esquivel Zambrano**
**GERENTE**

IMAVS

**Marli Esquivel Zambrano**
**REPRESENTANTE LEGAL**

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 31 de mayo de 2024, a las 09:06:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1192717734 |
| Código de Verificación | 11927177342405310906555 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB



Powered by CamScanner

cerecsa IPS
Organismo Certificador de Personas

TECNOLOGÍA PSICOSENSOMETRICA
CERECSA IPS VALLEDUPAR
NIT. 901.472.258-6
lmsv 18 h no 20 b 21
Cel. 50 6585455 - E-mail: cerecsavalledupar@gmail.com
www.cerecsavalledupar.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 3.396**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 DÍA | 06 MES | 2024 AÑO | VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PARTICULARES CONTADO | PARTICULARES |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CONRADO ROMERO JANER ANTONIO | MASCULINO | 41 AÑOS 9 MESES 23 DÍAS | CC (Tipo) | 12436454 (Número) |

Cargo
**AUXILIAR DE TOPOGRAFIA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA LABORAR**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **N/A** | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | | CONTROL DE PESO |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**



**Firma:**

**Nombre:** RUEDA NICOLAS

**R. M.:** 201741 **L.S.O.:** 024007

**Código de Seguridad**
**I1252O1U3396**

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** CONRADO ROMERO JANER ANTONIO

**CC:** 12436454

# JANER ANTONIO CONRADO ROMERO



**TECNICO EN TOPOGRAFIA**

## DATOS PERSONALES

MZ 44- CS 16 U.BELLA VISTA
Janercoronado1@gmail.com, 300 285 8375
Fecha de nacimiento: 20 de agosto de 1982
Lugar de nacimiento: VALLEDUPAR-CESAR
Género: MASCULINO
Nacionalidad: COLOMBIANO
Estado civil: CASADO

## PERFIL

Emprendedor, trabajador y conocedor en el área de Topografía Subterránea, Obra civil. Con orientación y competencia para solucionar de imprevistos, toma de decisiones, sentido de pertenencia, adaptabilidad al cambio, trabajo en equipo, liderazgo personal, creatividad, obtención de resultado y excelente de comunicación, un alto grado de responsabilidad, compromiso, ética y valores.

## FORMACIÓN

**BACHILLER** — feb 1994 - dic 2005
INSTITUCION EDUCATIVA LA ESPERANZA, VALLEDUPAR-CESAR

**TECNICO EN TOPOGRAFIA** — feb 2010 - dic 2011
SENA, VALLEDUPAR-CESAR

## EXPERIENCIA

**OPERADOR DE EQUIPO DE TOPOGRAFIA** — ene 2009 - oct 2011
IMOSER LIMITADA, VALLEDUPAR

**TOPOGRAFO** — mar 2020 - presente
NOVATERRA, VALLEDUPAR

**TOPOGRAFO** — mar 2022 - presente
POICAR, VALLEDUPAR

## IDIOMAS

ESPAÑOL

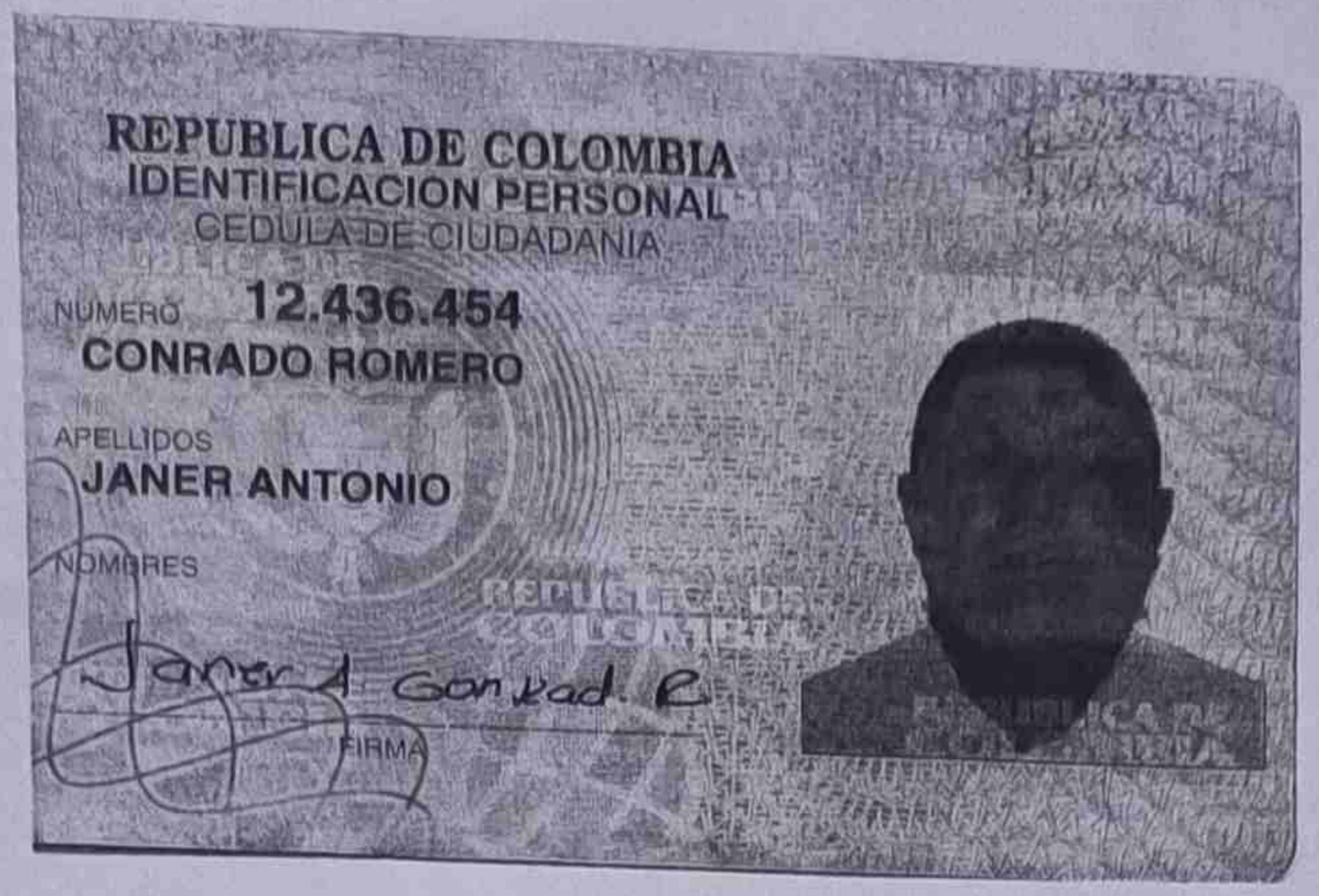
## CURSOS

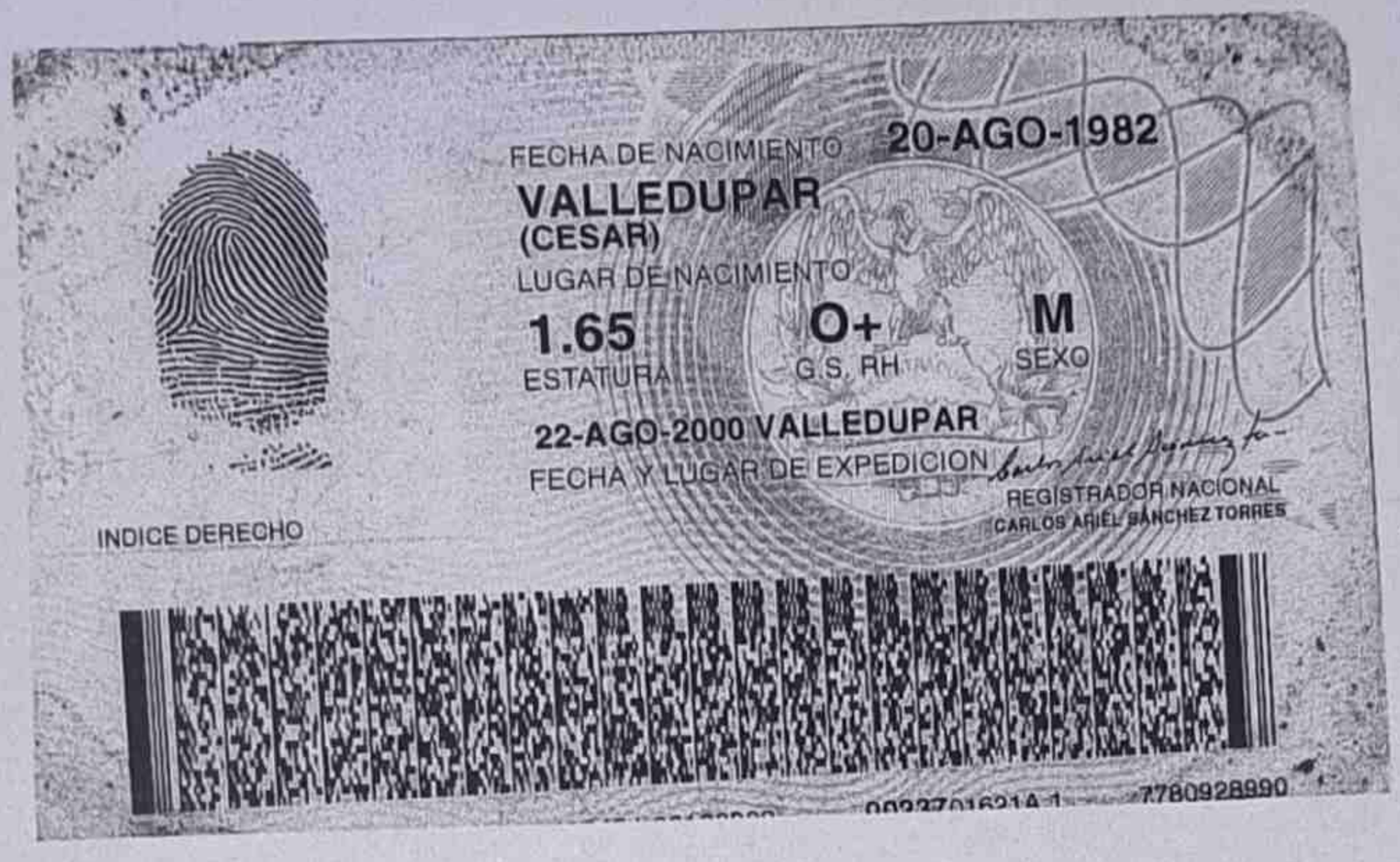
**BASICO EN TOPOGRAFIA** — may 2008

Este curriculum está hecho con Jobseeker.com

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner




Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**JANER ANTONIO CONRADO ROMERO**

*Con Cedula de Ciudadania No. 12.436.454*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

# BÁSICO EN LEVANTAMIENTO TOPOGRAFICO

*con una duración de 60 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Valledupar, a los veintiseis (26) días del mes de marzo de dos mil catorce (2014)*

Firmado Digitalmente por
VIRGINIA ESTHER OJEDA ARBOLEDA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

VIRGINIA ESTHER OJEDA ARBOLEDA
SUBDIRECTORA
CENTRO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO MINERO
REGIONAL CESAR

**18485045 - 26/03/2014**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952100674696CC12436454C.

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

SENA
REGIONAL CESAR

**EL CENTRO DE OPERACION Y MANTENIMIENTO MINERO**

# CERTIFICA

Que JANER ANTONIO CONRADO ROMERO identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 12.436.454 de Valledupar, realizó y aprobó el curso de BÁSICO EN LEVANTAMIENTO TOPOGRAFICO con una intensidad horaria de Sesenta (60) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Valledupar, a los veintiseis (26) días del mes de marzo de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
VIRGINIA ESTHER OJEDA ARBOLEDA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

VIRGINIA ESTHER OJEDA ARBOLEDA
SUBDIRECTORA CENTRO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO MINERO
REGIONAL CESAR

***SENA: Una Organización con Conocimiento***

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 952100674696CC12436454E.

CS Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

Medellín, 18 de Junio de 2024

**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 CONTACTAMOS DEL CARIBE SAS, en el centro de trabajo 000006.960 - 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C12436454 | CONRADO ROMERO JANER ANTONIO | 18/06/2024 | | 24329213 | 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:C7230768024170315 87

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 18/06/2024 08:46:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.33.170.244, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

**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:

**JANER ANTONIO CONRADO ROMERO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.436.454**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Junio del 2024.

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.



Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

COMFACESAR

Sistemas Integrados de Gestión

# INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

| CÓDIGO: F-SU-008 |
|---|
| VERSIÓN:10 |
| FECHA:19/07/2022 |

NUEVA (1) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMESTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

## DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR | TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / CC / CE / PEP / PPT / PAS) | No. DE IDENTIFICACIÓN | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| CONTACTÁMOS DEL CARIBE SAS | NIT: X | 901.771.029 | 3169860391 |

## DATOS DEL TRABAJADOR

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CC / TI / CE / PEP / PPT / PAS) | No. DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DIA) |
|---|---|---|---|---|
| CONRADO | ROMERO | | | |
| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | | |
| JANER | ANTONIO | CC: X | 12.436.454 | 1982 / 08 / 20 |

| FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DIA) | SALARIO BÁSICO MENSUAL | No. DE HORAS TRAB. EN EL MES | PROFESIÓN | CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA | NOMBRE DE LA EMPRESA (razón social del empleador) |
|---|---|---|---|---|---|
| 2024 / 06 / 18 | $1.300.000 | 188 | TOPÓGRAFO | TOPÓGRAFO | CARIBIC INGENIERIA SAS |

| DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR | BARRIO | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) |
|---|---|---|---|
| MZ 44 CASA 16 | URB BELLA VISTA | VALLEDUPAR | URBANO: X |

| TELÉFONO DEL TRABAJADOR | CELULAR 1 | CELULAR 2 | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|
| | 3002858375 | | |

| DIRECCIÓN DONDE LABORA | MUNICIPIO DONDE LABORA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) | VIVE EN CASA PROPIA |
|---|---|---|---|
| | VALLEDUPAR | URBANO: X | SI [ ] NO [ ] |

**GÉNERO:** HOMBRE: X | MUJER: | INDETERMINADO:

**ORIENTACIÓN SEXUAL:** Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible [ ]

**ESTADO CIVIL:** Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Unión Libre [ ] Viudo [ ]

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:**
Preescolar [ ] Básica [ ] Secundaria [ ] Media [ ] Básica adultos [ ] Secundaria adultos [ ] Media adultos [ ]
Primera Infancia [ ] Técnico/Tecnológico [ ] Profesional Universitario [ ] Posgrado/Maestría [ ] Ninguna [ ] Información no disponible [ ]

**FACTOR DE VULNERABILIDAD:**
Desplazado [ ] Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] Desmovilizado o reinsertado [ ] Hijo (as) de desmovilizados o reinsertados [ ] Damnificado desastre natural [ ] Cabeza de familia [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ] En condición de discapacidad [ ] Población migrante [ ] Población sorda Frontera (Nacionales) [ ] Ejercicio del trabajo sexual [ ] No aplica [ ]

**PERTENENCIA ÉTNICA:**
Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena [ ] Palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] Rom/gitano [ ] No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

## ¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? SI [ ] NO [ ]

| NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No. | NOMBRE DEL EMPLEADOR | FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA) | SALARIO |
|---|---|---|---|
| NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No. | NOMBRE DEL EMPLEADOR | FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA) | SALARIO |

## DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CC / TI / CE / PEP / PPT / PAS) | No. DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DIA) |
|---|---|---|---|---|
| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | | |

| GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO) | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | BARRIO | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| TELEFONO Y/O CELULAR | NIVEL DE ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN |
|---|---|---|
| | | ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ] |

| NOMBRE DE LA EMPRESA | SALARIO MENSUAL | EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA | POR CUAL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR? |
|---|---|---|---|
| | | SI [ ] NO [ ] | |

## PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

## RECEPCIÓN DOCUMENTOS



Powered by CamScanner

## DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, para estos adjunte documentos de los nuevos a incluir

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C / T.I. / C.C / C.E / P.A / PTT | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO: FEMENINO / MASCULINO / NO BINARIO | FECHA DE NACIMIENTO: AÑO / MES / DIA | PARENTESCO: HIJO / HIJASTRO / HIJASTRA / HIJO(A) EN CUSTODIA O CURADURIA | DISCAPACITADO: SI / NO | UBICACIÓN GEOGRÁFICA: ZONA / RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

## AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstos puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad confiesa el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

## DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

| YULIANA DIAZ RUIZ | JANER CONRADO ROMERO |
|---|---|
| FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA | FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C |

| PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR | RECEPCIÓN DOCUMENTOS |
|---|---|
| OBSERVACIONES: | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Powered by CamScanner

## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso por cual debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es imprescindible la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

## CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.
1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

## ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora cuya incapacidad se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de enero de cada año. (Ej. En
indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfacesar.

## PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

## AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

### ● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el
- afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

### ● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este laborar).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato de declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com) En caso en
- que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
  Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañero permanente se debe anexar documento en el que conste cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

### ● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2000 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizara el tipo de documento de identidad.
- Registro civil de los hijos con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la en cual se haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del (cónyuge (si este labora).
  Nota: A par r de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educ va debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, así como boletín de notas del periodo lectivo correspondiente.

### ● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta el pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencia la dependencia económica. (Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres) (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el Tipo de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si uno padres inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradores de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.
  Nota: Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

### ● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de
- documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a)
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Certificado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que no aporta al hogar. Diligenciar el
- formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

### ● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil
- de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a par r de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradores de Riesgos Laborales.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

# DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

## DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley.
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

## DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación.
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.

Powered by CamScanner

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9011176661
9011176661

No. de Radicación: 27963373

Fecha de Radicación: 18 06 2024 (D D M M A A A A)

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación [ ] | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] | A. Contributivo [ ] | A. Cotizante [X] | A. Dependiente [X] | |
| B. Reporte de Novedades [X] | • Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Subsidiado [X] | 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: CONRADO | Segundo Apellido: ROMERO | Primer Nombre: JANER | Segundo Nombre: ANTONIO |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 12436454 | Femenino [ ] Masculino [X] | D 20 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 [ ] Condición [ ] | | | SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| $1.300.000 | Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | |

| Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| | | 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 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) |
|---|---|---|---|
| CONTACTAMOS DEL CARIBE SAS | NT | 901771029 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CRA 52 72 114 | 30041310 | | BARRANQUILLA | ATLANTICO |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | | |
| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha novedad 18 06 2024 | |
| 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: TOPOGRAFO |
| 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

# JHON WILMAR TORRES GIL



**AUXILIAR DE TOPOGRAFIA**

## DATOS PERSONALES

MZ21-CS 413 BRISA DE LA POPA
Jwiltorres1993@gmail.com, 304 585 0843
Fecha de nacimiento: 12 de enero de 1993
Lugar de nacimiento: ARIGUANI- MAGDALENA
Género: MASCULINO
Nacionalidad: COLOMBIANO
Estado civil: SOLTERO

## PERFIL

Soy una persona con buena actitud de liderazgo, emprendedor, con facilidad de adaptabilidad al entorno laboral, lealtad, responsabilidad. Con orientación y competencia para solucionar de imprevistos, toma de decisiones, sentido de pertenencia, adaptabilidad al cambio, trabajo en equipo, liderazgo personal, creatividad, obtención de resultado y excelente de comunicación, un alto grado de responsabilidad, compromiso, ética y valores.

## FORMACIÓN

**BACHILLER** feb 2004 - dic 2009
INSTITUCION EDUCATIVA TOMAS DANIELS, PATICO-BOLIVAR

**TECNICO EN TOPOGRAFIA** feb 2015 - dic 2016
SENA, VALLEDUPAR-CESAR

## EXPERIENCIA

**TOPOGRAFO** mar 2020 - presente
NOVATERRA, VALLEDUPAR

**TOPOGRAFO** mar 2022 - presente
POICAR, VALLEDUPAR

## IDIOMAS

ESPAÑOL

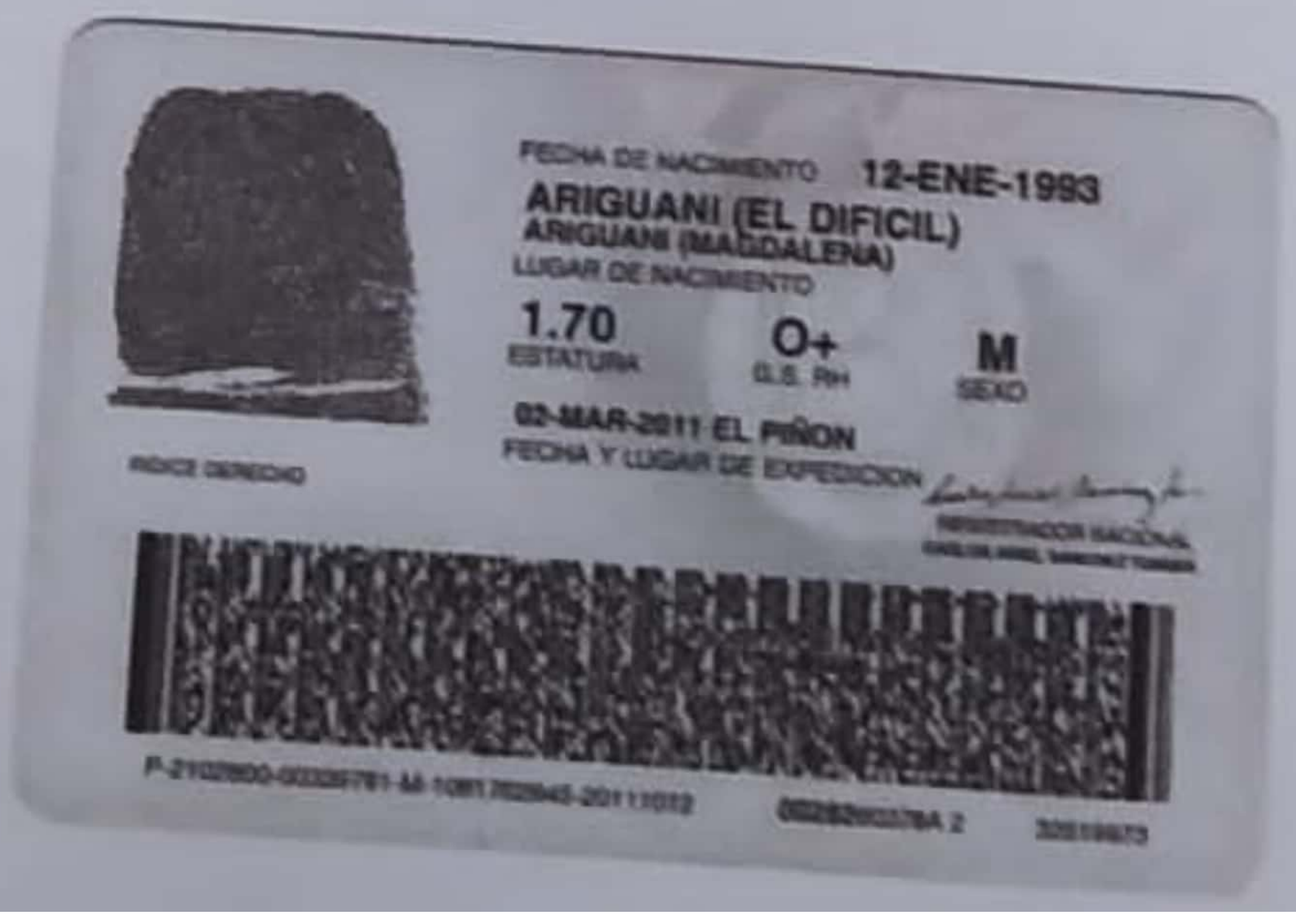
## REFERENCIAS

ITAURA NIEVE
AMA DE CASA
3173056550

Este curriculum está hecho con Jobseeker.com.

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.061.762.845
TORRES GIL
JHON WILMAR
Jhon w. Torres


FECHA DE NACIMIENTO 12-ENE-1993
ARIGUANI (EL DIFICIL)
ARIGUANI (MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
02-MAR-2011 EL PIÑON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**No de Radicación**
13780-00007788-SM

**Fecha de Radicación**
1 4 0 6 2 0 2 4

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

## I. DATOS DE TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación (X) B. Reporte de Novedades ( ) | A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia (X) -Beneficiario o Afiliado ( ) B. Colectiva ( ) C. Institucional ( ) D. De Oficio ( ) | A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( ) |

| 4. Tipo de Afiliado | 5. Tipo de Cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante (X) B. Cabeza de Familia ( ) C. Beneficiario ( ) | A. Dependiente (X) B. Independiente ( ) C. Pensionado ( ) | |

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

| 6. Apellidos y Nombres | | | |
|---|---|---|---|
| TORRES | GIL | JHON | WILMAR |
| **7. Tipo de Documento de Identidad** | **8. Número del documento de identidad** | **9. Sexo** | **10. Fecha de Nacimiento** |
| CC | 1081762845 | Femenino ( ) Masculino (X) | 12 01 1993 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**Datos personales**

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de Población Especial |
|---|---|---|---|---|
| 06 | Tipo (F N M) | Condición (T P) | 30 | 5 |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso Base de Cotización - IBC |
|---|---|---|
| CIA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA SURATEP | PORVENIR | 1300000 |

| 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| PATICO | Teléfono Fijo | Teléfono Celular | |
| TALAIGUA NUEVO (Municipio/Distrito) | Zona: Urbana (X) Rural ( ) | TALAIGUA NUEVO (Localidad/Comuna) | BOLIVAR (Departamento) |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

| 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**

| 24. | 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 | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| 32. | Datos de residencia Municipio/Distrito | Zona Urban | Zona Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado (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 | 1 | | |
| B | 2 | | |
| B | 3 | | |
| B | 4 | | |

## 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 | 36. Tipo de Documento de identidad | 37.Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CONTACTAMOS DEL CARIBE SAS | NI | 901771029 | Empleador |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CARRERA 52 # 72 - 114 (Dirección) | Teléfono | contactamosdelcaribesas@gmail.com (Correo electrónico) | BARRANQUILLA (Municipio/Distrito) | ATLANTICO (Departamento) |

Powered by CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS**

**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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente
- [ ] 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 [ ] | | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | **42. Fecha** 1 4 0 6 2 0 2 4 |
| **43. EPS anterior** | **44. Motivo de Traslado** Código [ ] | **45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones** | |

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

- [x] 46. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 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.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que 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 de cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo 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.

**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: 0 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 0 Total 0
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

| **66. Identificación de la Entidad Territorial** Código del municipio [ ] Código del departamento [ ] | **67. Datos del SISBEN** Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ] | **68. Fecha de radicación** D D M M A A A A | **69. Fecha de validación** D D M M A A A A |
|---|---|---|---|

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

OBSERVACIONES:

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

Powered by CamScanner

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892.399.989 - 8

**Sistemas Integrados de Gestión**

# INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

| |
|---|
| CÓDIGO: F-SU-008 |
| VERSIÓN:10 |
| FECHA:19/07/2022 |

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

## DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR | TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C. / C.E. / PEP / PPT) | No. DE IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| CONTÁCTAMOS DEL CARIBE SAS | X | 901.771.029 | 3169860391 |

## DATOS DEL TRABAJADOR

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS) | No. DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|---|---|
| TORRES | GIL | | | |
| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | | |
| JHON | WILMAR | X | 1.081.762.845 | 1993 / 01 / 12 |

| FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA) | SALARIO BÁSICO MENSUAL | No. DE HORAS TRAB. EN EL MES | PROFESIÓN | CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA | NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio) |
|---|---|---|---|---|---|
| 2024 / 06 / 14 | $ 1.300.000 | 188 | TOPÓGRAFO | TOPÓGRAFO | CARIBIC INGENIERÍA SAS |

| DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR | BARRIO | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) |
|---|---|---|---|
| MZ 21 CASA 413 | | VALLEDUPAR | X / |

| TELÉFONO DEL TRABAJADOR | CELULAR 1 | CELULAR 2 | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|
| | 3045850843 | | |

| DIRECCIÓN DONDE LABORA | MUNICIPIO DONDE LABORA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) | VIVE EN CASA PROPIA: |
|---|---|---|---|
| | VALLEDUPAR | X / | SI [ ] NO [X] |

**GÉNERO:** HOMBRE [X] MUJER [ ] INDETERMINADO [ ]

**ORIENTACIÓN SEXUAL:** Heterosexual [X] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Información no disponible [ ]

**ESTADO CIVIL:** Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Unión Libre [ ] Viudo [ ]

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Preescolar [ ] Básica [ ] Secundaria [ ] Media [ ] Básica adultos [ ] Secundaria adultos [ ] Media adultos [ ] Primera Infancia [ ] Técnico/Tecnológico [ ] Profesional Universitario [ ] Posgrado/Maestría [ ] Ninguna [ ] Información no disponible [ ]

**FACTOR DE VULNERABILIDAD:** Desplazado [ ] Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] Desmovilizado o reinsertado [ ] Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ] Damnificado desastre natural [ ] Cabeza de familia [ ] Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ] En condición de discapacidad [ ] Población migrante [ ] Población zonas frontera (Nacionales) [ ] Ejercicio del trabajo sexual [ ] No aplica [ ]

**PERTENENCIA ÉTNICA:** Afrocolombiano [ ] Comunidad negra [ ] Indígena [ ] Palenquero [ ] Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] Room/gitano [ ] No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

## ¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? Si [ ] No [ ]

| NIT / CC / CE / PA — No. | NOMBRE DEL EMPLEADOR | HORAS MENSUALES TRABAJADAS | FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA) | SALARIO |
|---|---|---|---|---|
| NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No. | | | | |
| NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No. | NOMBRE DEL EMPLEADOR | HORAS MENSUALES TRABAJADAS | FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA) | SALARIO |

## DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS) | No. DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|---|---|
| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | | |

| GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO) | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | BARRIO | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| TELÉFONO Y/O CELULAR | NIVEL DE ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN |
|---|---|---|
| | | ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ] |

| NOMBRE DE LA EMPRESA | SALARIO MENSUAL | EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA | POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR? |
|---|---|---|---|
| | | SI [ ] NO [ ] | |

## PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

| REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA: |
|---|---|---|
| | | |

## RECEPCIÓN DOCUMENTOS



Escaneado con CamScanner
Powered by CamScanner

## DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C | T.I. | C.C | C.E | P.A | PEP / PPT | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | GÉNERO: FEMENINO | MASCULINO | INDETERMINADO | FECHA DE NACIMIENTO: AÑO | MES | DÍA | PARENTESCO: HIJO | PADRES | HIJASTRO | HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES | DISCAPACITADO: SI | NO | UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO | RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

## DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

YULIANA DIAZ RUIZ

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

JHON TORRES GIL

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

| PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR | RECEPCIÓN DOCUMENTOS |
|---|---|
| OBSERVACIONES: | |
| | |
| | |
| | |
| | |



Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

## INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso par cular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

## CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.
1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

## ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año. 8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfacesar.

## PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

## AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

### ● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el
- afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

### ● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com) En caso de
- que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
  Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

### ● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizara el t i po de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad física disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la en dad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).
  Nota: A par r de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educa va debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del período lectivo correspondiente.

### ● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres(s) (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el t i po de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si ene padres inválidos o de capacidad f í sica disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.
  Nota: Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

### ● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de
- documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Cerficado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Cerficado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. Diligenciar el
- formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

### ● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil
- de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a par r de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

CS Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

# DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

## DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

## DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.

CS Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

Medellín, 14 de Junio de 2024

**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 CONTACTAMOS DEL CARIBE SAS, en el centro de trabajo 000006.960 - 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1081762845 | TORRES GIL JHON WILMAR | 14/06/2024 | | 14814818 | 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:C7230768024166227 46

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 14/06/2024 06:19:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.33.170.151, 192.230.104.12, 172.16.42.57

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

**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:

**JHON WILMAR TORRES GIL,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.762.845**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 13 de Junio del 2024.

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.



Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

| CERTIFICADO MEDICO |  Dr. Ivan Emilio Cujia Daza |
|---|---|

| DATOS PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Completo | **DIEGO ARMANDO DE AGUAS ANDRADE** | | |
| Documento | **1.065.836.834** | Fecha | **JUNIO 4 DE 2024** |

- EDAD: 27 AÑOS
- MASCULINO
- RESIDENTE EN VALLEDUPAR.CESAR.
- DIRECCION: CALLE 26 #26-46. BARRIO 5 DE NOVIEMBRE
- MOVIL: 314 7492196
-

ANTECEDENTE DE LITIASIS RENAL. MANEJO MEDICO A LA FECHA.

TALLA: 172 PESO: 82 KILOS IMC: 33.57 K/M2

- PROGRAMADO PARA EXAMEN MEDICO PARA EL CARGO DE OPERADOR DE VOLQUETA .REFIERE SENTIRSE BIEN.MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES SIN LIMITACION, NO HAY DOLOR NI DEFORMIDAD EN ARTICULACIONES, NIEGA DOLOR A NIVEL DE COLUMNA. NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS.

**RECOMENDACIONES**

**Hábitos Saludables**

- Dieta baja en harina, sal y azúcar

**Medicas**

Controles preventivos de Salud.

- Controles preventivos por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud por SOBREPESO.

**Laborales**

- Capacitar en prevención de riesgos propios del cargo a realizar
- Uso de elementos de protección personal
- Higiene postural
- Pausas activas

**APTITUD**

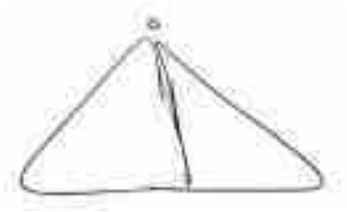
Concepto de aptitud

- APTO SIN RESTRICCIONES

**CONCEPTO PARA TAREAS ESPECIFICAS**

- APTO PARA REALIZAR EL CARGO REQUERIDO

**CERFTIFICO QUE EL PACIENTE EN MENCION NO PADECE ENFERMEDAD FISICA, MENTAL O INFECTOCONTAGIOSA QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD**



Ivan Emilio Cujia Daza
Profesional
Reg. 0227

# Diego Armando De Aguas Andrade

**Cra 18D Nº 29 - 26 Barrio primero mayo**
**CEL: 3245563965**



## Datos Personales

| | |
|---|---|
| ***FECHA DE NACIMIENTO*** | ***:*** *12 de octubre 1997* |
| ***LUGAR DE NACIMIENTO*** | ***:*** *La Paz - Cesar* |
| ***CEDULA*** | ***:*** *1.065.836.834 de Valledupar* |
| ***ESTADO CIVIL*** | ***:*** *Soltero* |
| ***DIRECCIÓN*** | ***:*** *Cra 18D # 29-26 primero mayo* |
| ***CELULAR*** | ***:*** *3245563965* |
| ***CIUDAD*** | ***:*** *Valledupar– Cesar* |

# Perfil Laboral

*Persona especializada en el manejo de vehículo de carga pesada especialmente Volqueta Dobletroque proactiva con capacidad de liderazgo, alto sentido de pertenencia, responsabilidad por el sitio de trabajo y las funciones asignadas.*

*Gran capacidad de aprendizaje, excelentes relajones interpersonales, Buen trabajo en equipo entre otros.*

# Estudios Académicos

***COLEGIO:*** *: Gimnasio Panamericano*
***TITULO*** *: BACHILLER ACADEMICO*

# Referencias Laboral

*ENTIDAD* *PAVIMENTAR*
*DURACION* *1 Año*
*JEFE INMEDIATO* *Luisa Fernanda Gil López*
*TELEFONO* *604-4486404*

*ENTIDAD* *MONTAJES Y CONSTRUCCIONES FERMAR LTDA*
*DURACION* *1 Año*
*JEFE INMEDIATO* *José Manuel Rodríguez*
*TELEFONO* *608-6663541*

*ENTIDAD* *CM CONCRETOS*
*DURACION* *1 Año*
*JEFE INMEDIATO* *Carlos Fonseca Ariza*
*TELEFONO* *3152330675*

# Referencias Personales

***NOMBRE*** *: Frein Vergel*
***PROFESION*** *: Recepcionista*
***TELEFONO*** *: 3136469606*

***NOMBRE*** *: Cesar Archila*
***PROFESION*** *: Encargado de planta de asfalto*
***TELEFONO*** *: 3245048612*

# Referencias Familiares

***NOMBRE*** *: Beatriz Andrade*
***PROFESION*** *: Ama de Casa*
***TELEFONO*** *: 3106046544*

***NOMBRE*** *: Jorge Escobar*
***PROFESION*** *: Conductor Dobletroque*
***TELEFONO*** *: 3245703200*

_____

**Diego Armando De Aguas Andrade**

***C.C 1.065.836.834 de Valledupar***


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
1.065.836.834
DE AGUAS ANDRADE
DIEGO ARMANDO


13-OCT-1997
LA PAZ
(CESAR)
1.65
O+
M


REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 1065836834
DIEGO ARMANDO DE AGUAS ANDRADE
12-10-1997
O+
23-03-2022
INST DTAL DE TTO CESAR/SAN DIEGO


CATEGORIAS AUTORIZADAS
B2
PARTICULAR
C2
PUBLICO
LC020052069385

La República de Colombia

y en su Nombre

# El Gimnasio Panamericano

Educación Formal para Jóvenes y Adultos

Valledupar - Cesar

Reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento, según Resolución No. 001357 de Octubre 01 de 2012

Dane 320001068073

## Confiere a:

## DIEGO ARMANDO DE AGUAS ANDRADE

C.C. 1.065.836.834 DE VALLEDUPAR

## El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica según los Programas ingresos y el Proyecto Educativo Institucional PEI de la Institución

Rector

Secretaria

Este Diploma se registró en la Secretaría de Educación

Mediante Res. No. 001357 de 2012

Asentado en el Folio No. 245 del Libro de Actas de Graduados

No. 092 Del Gimnasio Panamericano

Dado en Valledupar, Cesar a los 15 días del mes de Diciembre de 2018


TRAMIPETROL
Institución Educativa Para el Trabajo Y Desarrollo Humano
Resolución No. 3618 de 25/Nov de 2015
SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO
DIEGO ARMANDO DE AGUAS ANDRADE
identificado con Cedula de Ciudadania 1.065.836.834 de
Realizo el curso de:
OPERADOR DE VOLQUETA DOBLE TROQUE
Dictado el 12/11/2022
Con una intensidad horaria de 80 Horas
En constancia se entregado con sello y firma
189074
VICTOR MANUEL ROJAS RAMIREZ
INSTRUCTOR
CLL 36A # 19D-36 LOCAL 3 JORDAN PARAISO
WWW.TRAMIPETROL.COM - EMAIL: TRAMIPETROLHERNANDEZ@HOTMAIL.COM
TPL




| No | FECHA | CURSO | HOR | VENCE |
|---|---|---|---|---|
| 199074 | 12/03/22 | OPERADOR DE VOLQUETA DOBLE TROQUE | 80 | 12/03/23 |

**ESTE CARNET ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE**
**EN CASO DE PERDIDA FAVOR COMUNICARSE A:**

TRAMIPETROL
**Teléfono: 315 405 9942**
**www.tramipetrol.com**

# Marshals Service Ltda

Nit 830083878-5
Lic. Funcionamiento 55797 del 12/09/2020 hasta 2029

**CERTIFICA QUE:**

## DE AGUAS ANDRADE DIEGO ARMANDO

**C.C. 1.065.836.834**

Culminó la capacitación en el seminario CALIDAD DEL SERVICIO Y ATENCION AL CLIENTE a los 28 dias del mes de Junio de 2021
con una intensidad de 10 horas

Myriam Esther Quintero
DIRECTORA GENERAL

Diana Yised Rodriguez
DIRECCIÓN ACADÉMICA

VIGILADO SUPERVIGILANCIA

# Marshals Service Ltda

Nit 830083378-5
Lic. Funcionamiento 55797 del 12/09/2020 hasta 2029

## CERTIFICA QUE:

## DE AGUAS ANDRADE DIEGO ARMANDO

**C.C. 1.065.836.834**

Culminó la capacitación en el seminario MANEJO DE EMERGENCIAS Y PRIMEROS AUXILIOS a los 28 dias del mes de Junio de 2021 con una intensidad de 10 horas

Myriam Esther Quintero
DIRECTORA GENERAL

Diana Yised Rodriguez
DIRECCIÓN ACADÉMICA

VIGILADO SUPERVIGILANCIA



# ASOPLUS

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Ministerio de trabajo radicado Nº COR08SE2018220000000033228 de 11/09/2018
BUREAU VERITAS CO18.02367 Acreditado ONAC 09-CPR-008

## CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO

**DIEGO ARMANDO DE AGUAS ANDRADE**

Cedula de Ciudadanía Nº 1.065.836.834

ASOPLUS S.A.S. Certifica la acción de formación en:

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

NIVEL AVANZADO

con una intensidad de 40 horas .

Este certificado se expide en Valledupar a los 04 días de Abril del 2022.

CLAUDIA SILVA GONZALEZ
Gerente General

ANGGIE GARCIA BOTELLO
Entrenador L.S.O. Nº 0706

TSA COD
PAR-6433

VERIFICACIONES: https://asoplus.com.co/consulta asoplus.sas@gmail.com

**ACADEMIA DE CHOFERES DE VALLEDUPAR LTDA.**

RESOLUCIÓN No. 001299 - 13 de Noviembre de 2003 - Bucaramanga

*Nit. 824.005.190-3*

**HACE CONSTAR**

Que **DIEGO ARMANDO DE AGUAS ANDRADE** identificado con cédula de ciudadanía 1.065.836.834 asistió y aprobó el curso de manejo defensivo y de idoneidad en la categoría C2 el cual tiene una intensidad horaria de 50 especificadas de la siguiente manera:

- Manejo defensivo y evasivo.....5
- Normas de tránsito, aspectos legales y seguridad vial.....5
- Conocimientos básicos de mecánica.....5
- Manejo de vehículo 4x4.....20
- Primeros auxilios.....5
- Prevención y control de incendios.....5
- Normas de tránsito.....5

Para mayor constancia se firma el día 26 de Marzo de 2022

Bertha Betancourt C.

*Bertha Lilia Betancourt Cantillo*
*C.C. 1.065.637.063*
*Instructor*

ACADEMIA DE CHOFERES DE VALLEDUPAR LTDA.
NIT 824.005.190-3
DIRIGENTE




**CERTIFICA QUE:**

El señor **DIEGO ARMANDO DE AGUAS ANDRADE** identificado con cedula de ciudadanía N° **1.065.836.834** de **VALLEDUPAR** laboró en nuestra empresa **CM CONCRETOS**, en el área de producción como **CONDUCTOR DE VOLQUETA DOBLE TROQUE** desde el día 21 de ABRIL de 2020 hasta el día 29 de AGOSTO de 2021, con un contrato de obra o labor, demostrando capacidades de trabajo en equipo, puntualidad y honradez.

Se expide a solicitud del interesado a los (16) días de septiembre del (2021).

Atentamente,

CARLOS FONSECA ARIZA
Supervisor de obra

Teléfonos 3043963, 3002963, 3046940 Celular: 3122330675-3163004723
Dirección: Carrera 5 a 7-80 Casa Confinanzas
e-mail: cmconcretos@hotmail.com

CUVIPAS S.A.S
Obras Civiles & Ambientales

# CUVIPAS S.A.S

**NIT.900.930.612-2**

Cuatro Vientos - El paso, Cesar | 30 de octubre de 2023

**RECURSOS HUMANOS**

**CERTIFICA**

Que el señor **DIEGO ARMANDO DE AGUAS ANDRADE** identificado(a) con cedula de ciudadanía **N° 1.065.836.834** expedida en Valledupar, ha laborado en esta empresa con contratos por obra labor, desempeñando el cargo de **CONDUCTOR DE VOLQUETA**, dentro de distintos proyectos de obra civil; laboro desde el día 19 de septiembre de 2023 hasta el 03 de octubre de 2023 en el proyecto de OBRA CIVIL PARA CONSTRUCCIÓN DE JARILLÓN+PISCINAS.

Se expide en el corregimiento de Cuatro Vientos (El Paso – Cesar) a solicitud del interesado el treinta (30) de octubre de 2023.

Cordialmente,

**ANGEL CASTILLO**
Recursos Humanos
C.C 1.193.153.957
Cel. 3216966079

**LUIS ALFONSO CARRILLO R.**
Representante legal
C.C 84.072.281
Cel. 3205529116

**MONTAJES Y CONSTRUCCIONES FERMAR LTDA.**
**NIT: 800.143.273-1**
**CONTRATISTAS**

**CERTIFICA QUE:**

R.H.5030

**DIEGO ARMANDO DE AGUAS ANDRADE** identificado con cedula de ciudadania **No 1.065.836.834** de VALLEDUPAR, laboró en esta compañía desde el dia 18 de febrero de 2019 hasta el dia 04 de marzo de 2020, desempeñando el cargo de **OPERADOR DE VOLQUETA DOBLE TROQUE**, con un contrato de obra o labor destacándose como una persona responsable en sus funciones.

Se expide a solicitud del interesado a los 08 dias del mes de abril 2020.

**JOSE MANUEL RODRIGUEZ**
**Ingeniero Operaciones**

Montajes.construcciones@fermar.com (038) 666-3541
DIRECCION Km 3 via Acacias – Chichimene
ACACIAS - META

pavimentar
Ingeniería al Futuro

SEDE ADMINISTRATIVA
PBX: 448 94 06 / Calle 80 No. 65 - 191 OC 411 / Centro Empresarial Puerto Seco
Medellín Colombia / atencionalCliente@pavimentarsa.com / www.pavimentarsa.com

Medellín, 30 de Diciembre de 2018

**CERTIFICACIÓN LABORAL**

**PAVIMENTAR S.A.** con Nit No. 800.040.014-6 hace constar que el(la) señor(a) **DIEGO ARMANDO DE AGUAS ANDRADE,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.065.836.834, laboró en la compañía desde el **10 de Enero de 2017** hasta el **30 de Diciembre de 2018**, mediante contrato de trabajo: **OBRA LABOR**

Se desempeñó como: **OPERADOR VOLQUETA DOBLE TROQUE**

Se expide a solicitud del empleado, en Medellín, Antioquia, a los 30 días del mes de Diciembre de 2018.

Atentamente,

LUISA FERNANDA GIL LÓPEZ
JEFE DE GESTIÓN HUMANA

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 11:30:33 AM horas del 11/10/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1065836834**
Apellidos y Nombres: **DE AGUAS ANDRADE DIEGO ARMANDO**

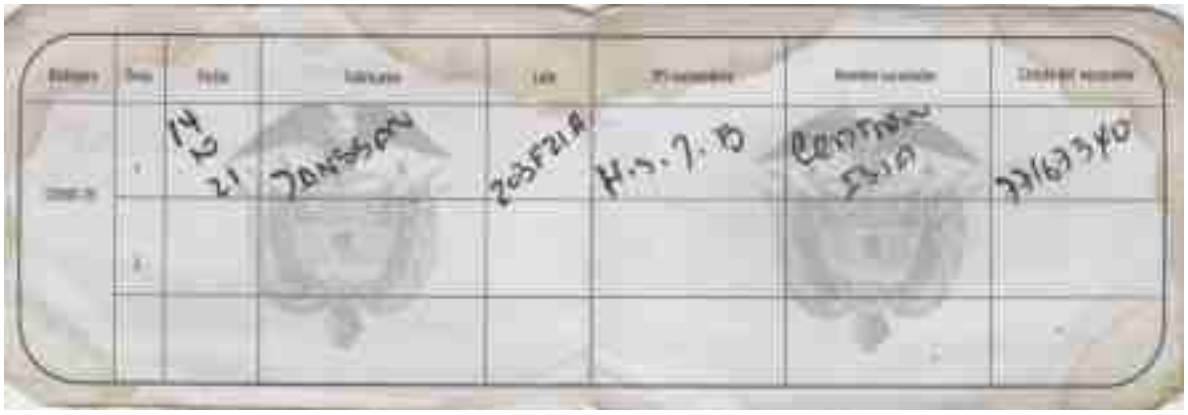
**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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.


MiVacuna
www.minsalud.gov.co
MiVacuna
Certificado de vacunación





Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su diligenciamiento en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**

La salud es de todos

**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: DIEGO ARMANDO
Apellidos: DE AGUAS ANDRADE
Documento de identidad: CC X CE Pasaporte No. 7065836834
Fecha de nacimiento: 12 10 1991



| Biológico | Dosis | Fecha | Institución y ciudad | No. de lote y fecha de vencimiento |
|---|---|---|---|---|
| Tetravalente - Acelular | Única | | | |
| Triple viral | Única | 10/03/15 | HSOI2 | y/o sarampión O |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Difteria y tétanos adultos (dT) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Fiebre amarilla | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Otra | 1 | | | |
| | 2 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Institución y ciudad | No. de lote y fecha de vencimiento |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Varicela | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| Otra | | | | |
| | | | | |

Medellín, 04 de June de 2024

**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 AZ SUMINISTROS Y SOLUCIONES S.A.S.

**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: | 0000000005 OBRERO | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C12645134 | SUAREZ QUIROZ JAVIER AUGUSTO | 05/06/2024 | | 1314460z | 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 04/06/2024 11:34:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.247.95, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| CERTIFICADO MEDICO |  Dr. Ivan Emilio Cujia Daza |
|---|---|

| DATOS PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Completo | **JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ** | | |
| Documento | **12.645.134** | Fecha | **JUNIO 4 DE 2024** |

- EDAD: 44 AÑOS
- MASCULINO
- RESIDENTE EN VALLEDUPAR.CESAR.
- DIRECCION: URBANIZACION LAS TRINITARIAS- VALLEDUPAR
- MOVIL: 300 5027943
-

ANTECEDENTE DE HEMORRROIDECTOMIA HACE 6 AÑOS.

TALLA: 176 CM PESO: 100 KILOS IMC: 32.28 K/M2

- PROGRAMADO PARA EXAMEN MEDICO PARA EL CARGO DE OPERADOR DE VOLQUETA .REFIERE SENTIRSE BIEN.MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES SIN LIMITACION, NO HAY DOLOR NI DEFORMIDAD EN ARTICULACIONES, NIEGA DOLOR A NIVEL DE COLUMNA. NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS.

**RECOMENDACIONES**

**Hábitos Saludables**

- Dieta baja en harina, sal y azúcar

**Medicas**

Controles preventivos de Salud.

- Controles preventivos por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud por OBESIDAD GRADO 1

**Laborales**

- Capacitar en prevención de riesgos propios del cargo a realizar
- Uso de elementos de protección personal
- Higiene postural
- Pausas activas

**APTITUD**

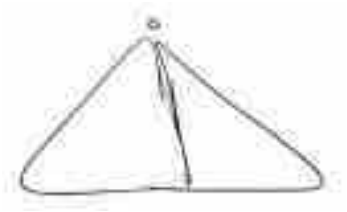
Concepto de aptitud

- APTO CON RECOMENDACIONES

**CONCEPTO PARA TAREAS ESPECIFICAS**

- APTO PARA REALIZAR EL CARGO REQUERIDO

**CERFTIFICO QUE EL PACIENTE EN MENCION NO PADECE ENFERMEDAD FISICA, MENTAL O INFECTOCONTAGIOSA QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD**



Ivan Emilio Cujia Daza
Profesional
Reg. 0227

*JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ*
*CC. 12.645.134 de Valledupar- Cesar*

# *HOJA DE VIDA*

## *DATOS PERSONALES*



| | |
|---|---|
| ***Nombres:*** | *Javier Augusto* |
| ***Apellidos:*** | *Suarez Quiroz* |
| ***Fecha de Nacimiento:*** | *12 de Noviembre de 1978* |
| ***Lugar de Nacimiento:*** | *Valledupar - Cesar* |
| ***Cédula de Ciudadanía:*** | *12.645.134 de Valledupar - Cesar* |
| ***Estado Civil:*** | *Unión libre* |
| ***Dirección Actual:*** | *Manzana 10 casa 12* |
| ***Barrio:*** | *La Trinitaria* |
| ***Teléfonos:*** | *3005027943* |
| ***Ciudad:*** | *Valledupar – Cesar* |

*JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ*
*CC. 12.645.134 de Valledupar- Cesar*

# *ESTUDIOS REALIZADOS*

***Secundarios:***

***CARO Y CUERVO DEL CESAR***
*Bachiller Académico*
*Año 2015*

***Otros:***

***SENA***
*Manejo de Camión y doble Troque*
*Año 2018*

*JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ*
*CC. 12.645.134 de Valledupar- Cesar*

# *REFERENCIAS PERSONALES*

| | |
|---|---|
| ***Nombre:*** | *Kelly Sánchez Fuentes* |
| ***Profesión:*** | *Servicios Generales* |
| ***Teléfono:*** | *3105064830* |
| ***Ciudad:*** | *Valledupar (Cesar)* |

| | |
|---|---|
| ***Nombre:*** | *Jeffer Pimienta Cotes* |
| ***Profesión:*** | *Conductor Escolta* |
| ***Teléfono:*** | *3016592891* |
| ***Ciudad:*** | *Valledupar (Cesar)* |

*JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ*
*CC. 12.645.134 de Valledupar- Cesar*

# *REFERENCIAS FAMILIARES*

***Nombre:*** *Dorismel Quiroz Celedón*
***Profesión:*** *Comerciante*
***Parentesco:*** *primo*
***Teléfono:*** *3158505127*
***Ciudad:*** *Valledupar (Cesar)*

***Nombre:*** *Kelly Buelvas Cotes*
***Profesión:*** *Vigilante*
***Parentesco:*** *Conyugue*
***Teléfono:*** *3045851230*
***Ciudad:*** *Manaure (Cesar)*

*JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ*
*CC. 12.645.134 de Valledupar- Cesar*

# *REFERENCIAS LABORALES*

| | |
|---|---|
| ***Empresa:*** | ***Ejército Nacional*** |
| *Ciudad:* | *Valledupar* |
| *Duración:* | *20 años* |

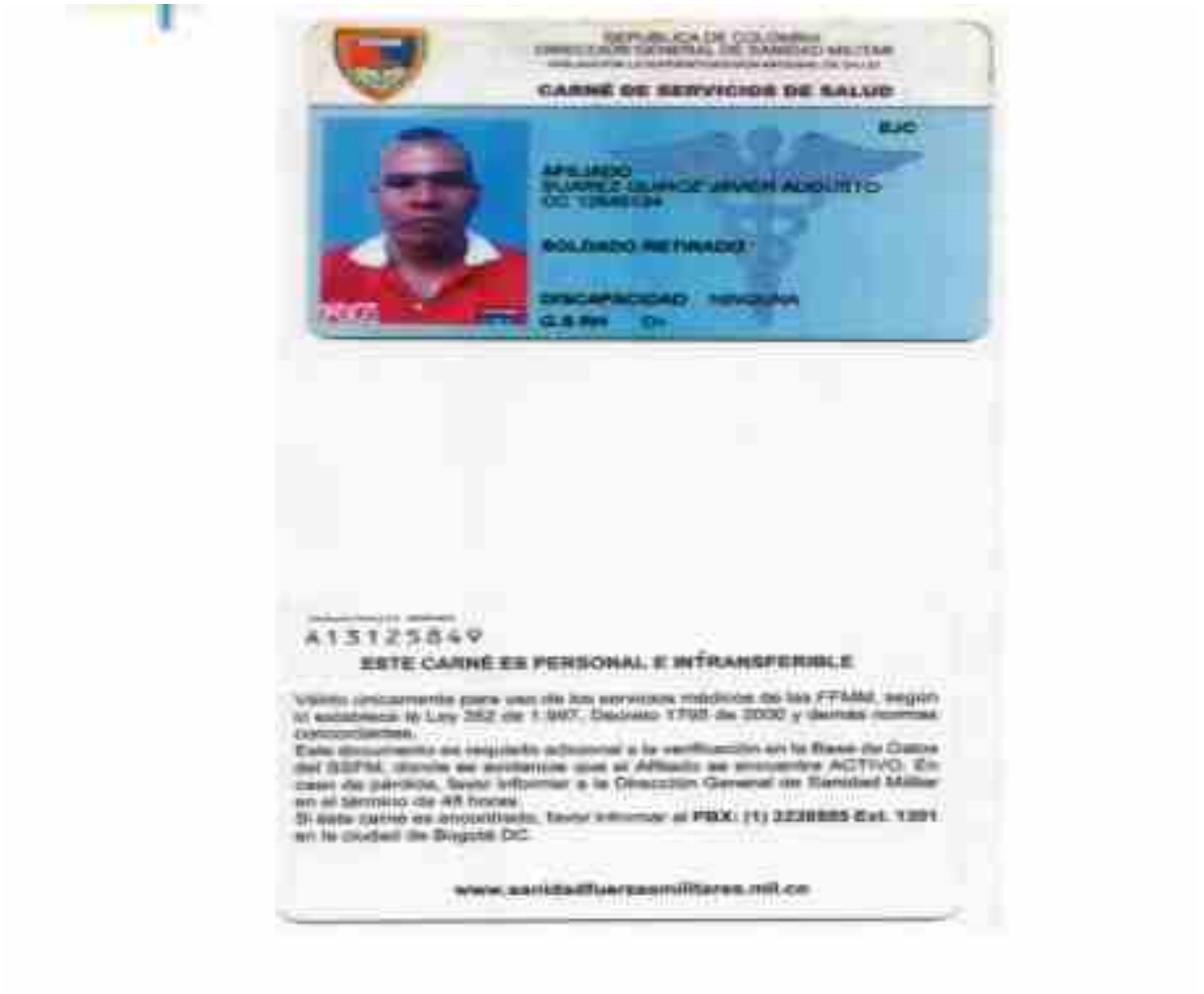
| | |
|---|---|
| ***Empresa:*** | ***MB SERVICES S.A.S*** |
| *Nombre:* | *Mario Mendoza* |
| *Cargo:* | *Supervisor* |
| *Celular:* | *3003050733* |
| *Ciudad:* | *Valledupar* |
| *Duración:* | *Desde: 30/06/2019 Hasta: 30/06/2023* |

*JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ*
*CC. 12.645.134 de Valledupar- Cesar*

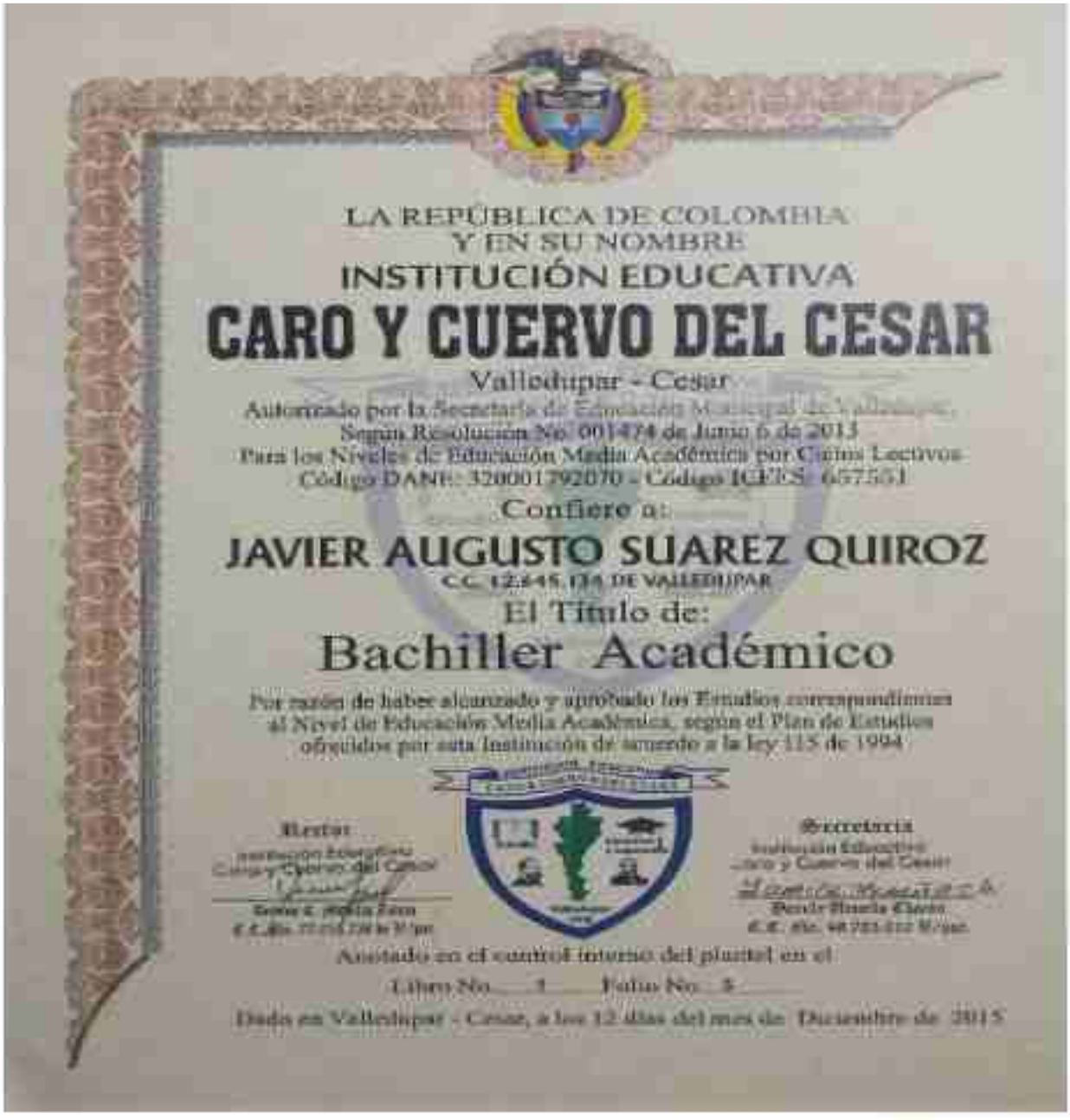





*JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ*
*CC. 12.645.134 de Valledupar- Cesar*



*JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ*
*CC. 12.645.134 de Valledupar- Cesar*



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE
INSTITUCIÓN EDUCATIVA
**CARO Y CUERVO DEL CESAR**
Valledupar - Cesar
Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal de Valledupar
Según Resolución No. 001474 de Junio 6 de 2013
Para los Niveles de Educación Media Académica por Ciclos Lectivos
Código DANE: 320001792070 - Código ICFES: 657561
Confiere a:
**JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ**
C.C. 12.645.134 DE VALLEDUPAR
El Título de:
**Bachiller Académico**
Por razón de haber alcanzado y aprobado los Estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según el Plan de Estudios ofrecidos por esta Institución de acuerdo a la ley 115 de 1994

Rector
Secretaria
Asentado en el control interno del plantel en el
Libro No. 1 Folio No. 3
Dado en Valledupar - Cesar, a los 12 días del mes de Diciembre de 2015

Powered by CamScanner



Unidad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003*
*otorga*
*Certificado de Competencia Laboral a*

## JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 12.645.134

Quien demostró su Competencia Laboral en la
*Norma*

**NIVEL AVANZADO - Conducir vehículos livianos de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa de tránsito y transporte**

*Código 280601100*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en VALLEDUPAR, A los treinta (30) días del mes de Mayo de dos mil dieciocho (2018)*

Firmado Digitalmente por
CARLOS RAFAEL MELO FREYLE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS RAFAEL MELO FREYLE
- SUBDIRECTOR CENTRO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO MINERO
REGIONAL CESAR

865135 - 30/05/2018
No Y FECHA REGISTRO

VIGENCIA
30 de Mayo de 2023

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 4120602866100CC1264113AC

JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ
CC. 12.645.134 de Valledupar- Cesar

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ

NIVEL INTERMEDIO - Conducir vehículos automotores pesados de transporte de carga de acuerdo a las normas vigentes.

Firmado Digitalmente por
CARLOS RAFAEL MELO FREYLE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autoridad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS RAFAEL MELO FREYLE

SUBDIRECTOR CENTRO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO MINERO
REGIONAL CESAR



República de Colombia
Ejército Nacional
Decima Brigada

Otorga el Presente Reconocimiento al:

SEP. SUAREZ QUIROZ JAVIER AUGUSTO

En agradecimiento por mas de 20 años con entrega, valor y sacrificio al Servicio de la patria, fundamental para el cumplimiento de la misión constitucional.

Brigadier General Jaime Hernando Rivera Jaimes
Comandante Décima Brigada

Valledupar Cesar, Diciembre del 2018



# MB SERVICES S.A.S

NIT [illegible]

**CERTIFICA QUE:**

El señor **JAVIER AGUSTO SUEREZ QUIEROZ**, identificado con C.C No 12.645.134 de Valledupar – Cesar, laboro en esta empresa en el cargo de Con dueño de camión doble troque, por un periodo de 4 años. Es de anotar que durante su permanencia siempre ser una persona responsable, honesta y cumplidora de sus deberes.

Para mayor constancia se firma en Valledupar a los 13 días del mes de julio del 2023.

Atentamente,

**MARIO MENDOZA**
C.C No 77027062 de Valledupar – Cesar
Cel.: 3003050733
Dirección: calle 7B NO. 19 - 75
Representante legal

Powered by CamScanner

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

**No. 12645134**

NOMBRE

**JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ**

FECHA DE NACIMIENTO

**12-11-1978**

GRUPO SANGUINEO-RH

**O+**

FECHA DE EXPEDICION

**11-04-2023**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

**INST MCPAL TTOyTTE VALLEDUPAR**

### CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE. | 11-04-2033 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 11-04-2033 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 11-04-2026 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC0800542 7739

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 04 de junio de 2024, a las 07:41:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 12645134 |
| Código de Verificación | 126451342406040741l2 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 07:39:23 AM horas del 04/06/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **12645134**

Apellidos y Nombres: **SUAREZ QUIROZ JAVIER AUGUSTO**

**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

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 12645134

JAVIER AUGUSTO SUAREZ QUIROZ

12-11-1972

O+

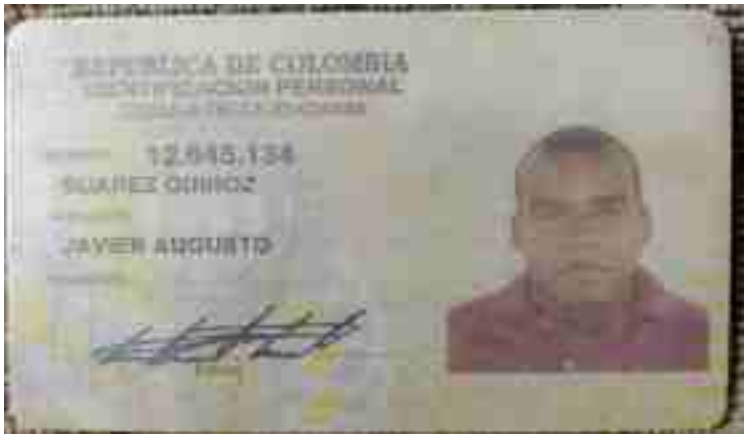
11-04-2023

RST MICRIL TTOyTTE VALLEDUPAR



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| A2 | | | |
| B2 | | | |
| C2 | | | |


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
12.645.134
SUAREZ OBIMOS
JAVIER AUGUSTO


12-NOV-1975
VALLEDUPAR
(CESAR)
1.74
O+
M
17-MAR-1988 VALLEDUPAR

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 05/06/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901163003 | **Cédula Usuario:** | CC 77034446 |
| **Nombre:** | MANOTAS INGENIERIAS SAS | | | | |
| **Dirección:** | CL 18A 5 65 | | | | |
| **Departamento:** | CESAR | | **Municipio:** | VALLEDUPAR | |
| **Correo electrónico:** | MARIOAMANOTAS@GMAIL.COM | | | | |
| **Teléfono:** | 3006922482 | | **Tarifa:** | 6.960 | |
| **Actividad Económica:** | 5429001 CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL, INCLUYE LA CONSTRUCCION, CONSERVACION Y REPARACION DE INSTALACIONES INDUSTRIALES (EXCEPTO EDIFICIOS) COMO REFINERIAS, FABRICAS DE PRODUCTOS QUIMICOS, VIAS DE NAVEGACION, OBRAS PORTUARIAS Y FLUVIALES, PUERTOS DEPORTIVOS, INSTALACIONES DEPORTIVAS O DE ESPARCIMIENTO, ESCLUSAS, REPRESAS Y DIQUES, SUBDIVISION DE TERRENOS CON MEJORA | | | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Cédula Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC 77034446 | MARIO ADOLFO MANOTAS LOPEZ |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6 | 06/06/2024 | CC 1065650516 | TORRES PERTUZ IVAN | 5 | 6.96000 | **Dependiente** |

## OBSERVACIONES

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

MDS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

46E33378AE8A532718F0F5A4193596B2 Certificado impreso el día 6/5/2024 1:55:02 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá **(601) 330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

**IVAN ANDRES**
**TORRES PERTUZ**
1065650516

**MANOTAS INGENIERIAS SAS**
901163003

COMFACESAR

Sistemas Integrados de Gestión

**INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO**

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

| CÓDIGO: F-SU-008 |
|---|
| VERSIÓN:10 |
| FECHA:19/07/2022 |

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] CONYUGE DOMÉSTICO [ ] Diligenciado de la Planta Física [ ]

## DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR | DATOS VERIFICACIÓN NIT / C.C. / C.E. / PAS | No. DE IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| MANOTAS INGENIERIAS SAS | X | 901 163 003 | 3006922482 |

## DATOS DEL TRABAJADOR

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / Pasaporte / PAS) | No. DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|---|---|
| TORRES | PERTUZ | | | |
| **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** | | | |
| IVAN | ANDRES | X | 1065650516 | 1993 02 24 |

| FECHA DEL INGRESO (AÑO / MES / DÍA) | SALARIO BÁSICO MENSUAL | No. DE HORAS TRAB. EN EL MES | PROFESIÓN | CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA EMPRESA | NOMBRE DE LA EMPRESA |
|---|---|---|---|---|---|
| 2014 06 05 | 1 300 000 | 236 | OPERADOR | OPERADOR MAQ | MANOTAS ING |

| DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR | BARRIO | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | ¿ES LA DIRECCIÓN DE: Urbano / Rural? |
|---|---|---|---|
| CRA 39 6a 29 | LA NEVADA | VALLEDUPAR | X |

| TELÉFONO DEL TRABAJADOR | CELULAR 1 | CELULAR 2 | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|
| | 311 393 6939 | | torresperfuzandres@gmail.com |

| DIRECCIÓN SEDE LABORAL | MUNICIPIO SEDE LABORAL | UBICACIÓN DE LA OFICINA: URBANO / RURAL | USA EN CASA PROPIA: SI / NO |
|---|---|---|---|
| CLL 16a 5-65 | VALLEDUPAR | X | NO X |

**GÉNERO:** HOMBRE X / MUJER / NO BINARIO

**ORIENTACIÓN SEXUAL:** Heterosexual X / Homosexual / Bisexual

**ESTADO CIVIL:** Soltero X / Casado / Unión Libre / Viudo / Separado / Divorciado

**NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Preescolar / Básica primaria / Básica secundaria / Media académica / Media técnica/tecnológica / Profesional Universitario / Posgrado/Maestría / Ninguno / Información no disponible / Básica primaria / Básica secundaria / Media académica / Media técnica/tecnológica / Profesional Universitario X / Posgrado/Maestría / Ninguno / Información no disponible

**FACTOR DE VULNERABILIDAD:** Gestante / Víctima del conflicto armado (No desplazado) / Desmovilizado o reinsertado / Hija (o) de desmovilizados o reinsertados / Desplazado reciente / Cabeza de familia / Hija (o) de madres cabeza de familia / En condición de discapacidad / Población migrante / Población étnica (Raizal, Palenquero, Indígena, Rrom) / Exposición del trabajo sexual / No aplica

**IDENTIFICACIÓN ÉTNICA:** Afrocolombiano / Comunidad negra / Indígena / Palenquero / Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina / Room/Gitano / No se cuenta con registro de los anteriores

## ¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE?

| NIT / CC / CE / PAS No. | NOMBRE DEL EMPLEADOR | FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA) | SALARIO |
|---|---|---|---|
| NIT / CC / CE / PAS No. | NOMBRE DEL EMPLEADOR | FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA) | SALARIO |

## DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / Pasaporte / PAS) | No. DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA) |
|---|---|---|---|---|
| **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** | | | |

| GÉNERO: HOMBRE / MUJER / NO BINARIO | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | BARRIO | MUNICIPIO DE RESIDENCIA | UBICACIÓN DE LA VIVIENDA: URBANO / RURAL |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| TELÉFONO DE CONTACTO | NIVEL DE ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN: ESTUDIA / TRABAJA / INDEPENDIENTE / AMA DE CASA / PENSIONADO |
|---|---|---|
| | | |

| NOMBRE DE LA EMPRESA | SALARIO MENSUAL | EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA: SI / NO | POR CUAL CAJA DE COMPENSACIÓN ESTABLECIDO? |
|---|---|---|---|
| | | | |

## PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES

| REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA: |
|---|---|---|
| | | |

## RECEPCIÓN DOCUMENTOS

Scanned with ACE Scanner

## DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR):

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (RC TI CC CE PA) | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | GÉNERO (M F) | FECHA DE NACIMIENTO (AÑO MES DÍA) | PARENTESCO | DISCAPACITADO (SI NO) | UBICACIÓN GEOGRÁFICA (ZONA) | (SUB) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Torres | Cuello | Juana | Elena | X | 1069049290 | X | 2015 10 09 | X | X | X | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

## AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, entendido por ello la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, dada las siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se deriven de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requiera en de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR y de terceros con quienes COMFACESAR haga celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR y con el apoyo de terceros encargados con quienes se comparta mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgo), estas puedan consultar y/o reportar a todas las bases de datos de información: (i) personas, consulta que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia; tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellas archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados – RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la soliciten en razón de sus funciones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas y con sujeción a normas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente cuando el acceso sea técnicamente controlable.

## DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

Juan Torres Cuello

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

Juan Torres Pertuz

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C. 1065850516

| PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR | RECEPCIÓN DOCUMENTOS |
|---|---|
| OBSERVACIONES: | |

Scanned with ACE Scanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.065.650.516

TORRES PERTUZ

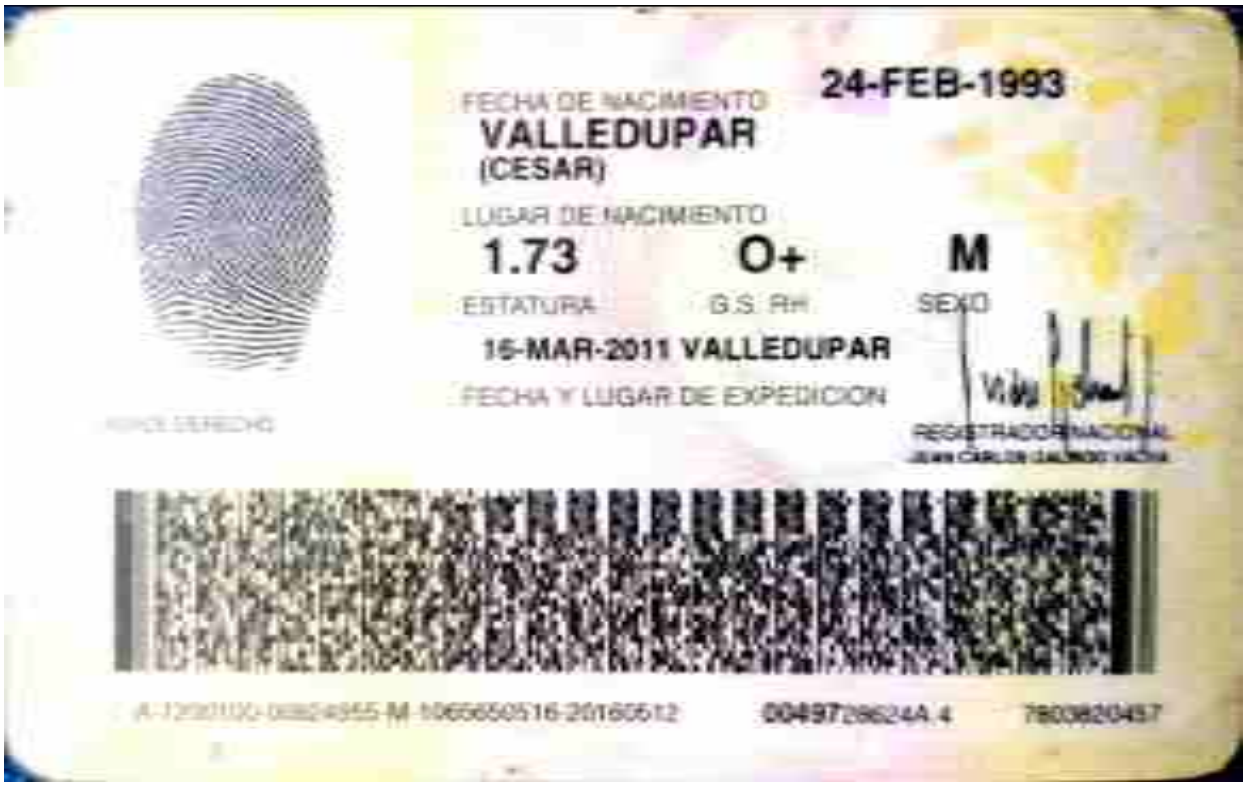
APELLIDOS

IVAN ANDRES

NOMBRES

IVAN TORRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1993

VALLEDUPAR
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-MAR-2011 VALLEDUPAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

NOTARIA SEGUNDA C.
CIRCULO DE VALLEDUPAR
CN - 629

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1066904290

Indicativo Serial 62570937

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregiduría [ ] Inspección de Policía [ ] Código H X E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CESAR - VALLEDUPAR - NOTARIA 2 VALLEDUPAR

Datos del inscrito

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| TORRES | CUELLO |

Nombre(s)

IVANNA ELENA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2023 Mes OCT Día 09 | FEMENINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)

COLOMBIA - CESAR - VALLEDUPAR

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 23103910686704 |

Datos de la madre o padre (para casos de padres casados con otra nacionalidad, o padre de madre sola, anotar el progenitor que incluya los documentos para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CUELLO ARAUJO KAROL JULIANA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1067583845 | COLOMBIA |

Datos del padre o madre (para casos de padres casados con otra nacionalidad, o padre de madre sola, anotar el progenitor que incluya los documentos para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

TORRES PERTUZ IVAN ANDRES

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1065650516 | COLOMBIA |

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TORRES PERTUZ IVAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) — Firma

CC No. 1065650516

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) — Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) — Firma

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario competente |
|---|---|
| Año 2023 Mes OCT Día 18 | ALIONCA MARIA ESCOBAR GONZALEZ |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario competente para el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | DEL CIRCULO DE VALLEDUPAR<br>ALIONCA MARIA ESCOBAR GONZALEZ<br>Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE VALLEDUPAR
LA PRESENTE FOTOCOPIA FUÉ TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DEL DECRETO 2158 DE 1970 Y 81 DECRETO 278 DE 1972
ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO (ART. 2º DECRETO 2769 DE 1993.)
VÁLIDO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Alionca María Escobar Gonzalez

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Scanned with ACE Scanner

# HOJA DE VIDA



## Perfil

ME CONSIDERO RESPONSABLE, BASTANTE DINÁMICO, CON DESEOS DE SUPERACIÓN Y MIS METAS ESTÁN BASADAS EN EL LOGRO DE OBJETIVOS CLAROS; APRENDO RÁPIDO Y CUMPLO DE MANERA ADECUADA CON PUNTUALIDAD, HONESTIDAD Y RESPONSABILIDAD EN LAS DISTINTAS ACTIVIDADES QUE REALIZO.

DISPUESTO A CUMPLIR CON LAS DISTINTAS FUNCIONES, OBLIGACIONES Y NORMAS LABORALES QUE TENGAN ESTABLECIDAS, ME PRESENTO CON GRAN ENTUSIASMO A SU EMPRESA PARA FORMAR PARTE DEL CUMPLIMIENTO DE METAS PLANTEADAS EN SU MISIÓN.

# *Datos Personales*

| | |
|---|---|
| **NOMBRES YAPELLIDOS:** | **IVAN ANDRES TORRES PERTUZ** |
| **CÉDULA DE CIUDADANÍA** | **1.065.650.516** |
| **LUGARY FECHA DE NACIMIENTO:** | **24/02/1993 VALLEDUPAR** |
| **DIRECCIÓN:** | **CRR 39 – 6ª 29 LA NEVADA** |
| **CELULAR:** | **3155804179– 3113020401 3113936939** |
| **ESTADO CIVIL:** | **SOLTERO** |

## Estudios Realizados

**SEGUNDARIA:** **INSTITUTO TECNICO RAFAEL NUÑEZ**

**(2012)**

**CURSOS REALIZADOS:** **TECNICO GESTION AMBIENTAL (UPARSISTEM)**

**MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS (SENA)**

## Referencia personal

**NOMBRE:** **HENRRY TORRES**

**OCUPACIÓN:** **JEFE DE PERSONAL**

**TELÉFONO:** **3107019801**

**CIUDAD:** **VALLEDUPAR**

**NOMBRE:** **HEINER QUIROGA**

**OCUPACIÓN:** **FISIOTERAPEUTA**

**TELÉFONO.** **3173809115**

**CIUDAD:** **VALLEDUPAR**

# Referencias familiar

**NOMBRE:** **HERNAN TORRES**

**OCUPACION:** **OPERADOR DE MOTO NIVELADORA**

**TELEFONO:** **3107211210**

**CIUDAD:** **VALLEDPAR**

**NOMBRE:** **IDANIA PERTUZ**

**OCUPACION:** **ENFERMERA. AUX**

**TELEFONO:** **3113020401**

**CIUDAD:** **VALLEDUPAR**

# Referencia laboral

- **INVERSIONES Y EQUIPOS DE COLOMBIA S.A.SIECOL S.A.S**

**JEFEINMEDIATO: JAVIER CANTILLO EXPERIENCIA: 14 AÑOS**

**OPERADOR MULTIPLETELEFONO:3043956215**

**EDWIN GARRIDO (INGENIERO RESIDENTE)**

**3205051259**

- **PROYECTISTAS EINFRAESTRUCTURA CONSULTORÍA S.A.SJEFE INMEDIATO FABIÁN MOLINA CARVAJAL**

**EXPERIENCIA: 2 AÑO COMO OPERADOR DEMINIEXCAVADORA HITACHI 75 Y MINICARGADORES NEWHOLLAN L218**

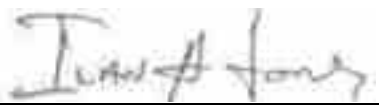
**TELÉFONO 3215193576**

**FS INGENIERIA Y CONSTRUCCION S.A.S**

**JEFE INMEDIATO GUSTAVO FUENTES**

**EXPERIENCIA 6 MESES**

**TELEFONO 3167515714**



IVAN ANDRES TORRES PERTUZ
C.C: 1.065.650.516


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.065.650.516
TORRES PERTUZ
IVAN ANDRES


24-FEB-1993
VALLEDUPAR
(CESAR)
1.73
O+
M
18-MAR-2011 VALLEDUPAR

*República de Colombia y en su nombre, el*

# INSTITUTO RAFAEL NUÑEZ

*Valledupar - Cesar*

*Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación y Cultura del Municipio, según Resolución No. 000188 del 24 de Mayo de 2011 y de conformidad con el Decreto Nacional No. 3011, del 19 de Dic. de 1997.*

Confiere a:

## IVAN ANDRES TORRES PERTUZ

*Identificado(a) con* C C *No.* 1065650516 *Expedida en:* VPAR

## Bachiller Académico

*Por haber alcanzado y aprobado los logros de Formación Integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional P.E.I. Del Instituto*

*Esp. EFREN MARRUGO ZAMBRANO*
*RECTOR*

*ENA LUZ MENDOZA*
*SECRETARIA*

*Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)*

*Anotado en el control del Plantel en el Libro No.* 042 *Folio No.* 23.3 *Dado en Valledupar, a los* 12 *del mes de* DIC *de* 2012

# Republica de Colombia
# Departamento del Cesar

# Instituto Rafael Nuñez

## Acta Individual de Grado

CODIGO *I.C.F.E.S.* 057349

Registro DANE No. 32000104832
Inscripción No. 0003

En la ciudad de Valledupar, departamento del Cesar en la República de Colombia, a los 12 días del mes de DICIEMBRE del año 2013 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de ultimo grado de la institución, los suscritos Rector y secretaria en la Rectoría del INSTITUTO DANIEL NUÑEZ DE VALLEDUPAR, institución Aprobada oficialmente mediante resolución No. 00188 DEL 24 DE MAYO DE 2013 Emanada de la Secretaria de Educación Municipal. Para el nivel MEDIA ACADÉMICA

la cual lo autoriza para otorgar el titulo de Bachiller en la Modalidad Académica.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el titulo de:

# BACHILLER ACADEMICO

al graduado cuyos nombres, apellidos y numero de documento de identidad se relacionan a continuación:

IVAN ANDRES TORRES PEREZ

C.C. No 1.065.650.516 DE VALLEDUPAR

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 042 de fecha DIC. 12/2013 que consta de 102 alumnos y que comienza con el nombre de ALCENDRA ARIAS YAIR DAVID y se cierra con el nombre de YADINA CARRO NATALIA ANDREA

Firmada y sellada por *Efren Gaspar Marrugo Zambrano* (Rector) y *Ena Luz Mendoza Maestre* (Secretaria).

Dada en *Valledupar - Cesar* el 12 de DICIEMBRE del año 2013

Firmado y Sellado

RECTOR

RECTOR,
C.C. No. 13.261.376 de Pamplona (N. de S.)

SECRETARIA,
C.C. No. 56.075.261 de San Juan del Cesar (Guajira)

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## IVAN ANDRES TORRES PERTUZ

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1065650516*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## MANEJO DEFENSIVO DE VEHICULOS AUTOMOTORES

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villeta, a los dieciocho (18) días del mes de agosto de dos mil veintitres (2023)*

Firmado Digitalmente por



OLGA PATRICIA MOZO GUERRERO
Subdirectora (E)
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

**92528025 - 18/08/2023**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 950980280653ZCC1065650516C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## IVAN ANDRES TORRES PERTUZ

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1065650516*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## COMPETENCIAS CIUDADANAS EN LA SEGURIDAD VIAL.

*con una duración de 60 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villeta, a los veinte (20) días del mes de octubre de dos mil veintitres (2023)*

Firmado Digitalmente por

OLGA PATRICIA MOZO GUERRERO
Subdirectora (E)
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

**93643858 - 20/10/2023**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 950980283813947C1065650516C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## IVAN ANDRES TORRES PERTUZ

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1065630516*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

**Título de**

**OPERARIO EN**

## EXCAVADORA Y RETROCARGADORA

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Valledupar, a los catorce (14) días del mes de diciembre de dos mil veintidos (2022)*

Firmado Digitalmente por

CARLOS RAFAEL MEJIO FRENTE
Subdirector CENTRO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO MINERO
REGIONAL CESAR

**79337439 - 14/12/2022**
No. y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el siguiente vínculo que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 932180D817139CC0865631E...

Libertad y orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**IVAN ANDRES TORRES PERTUZ**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1065650516*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

# CONDICIONES BÁSICAS PARA OPERAR EXCAVADORA

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en El Copey, a los catorce (14) días del mes de diciembre de dos mil veinte (2020).*

Firmado Digitalmente por

JUAN MANUEL JIMENEZ JIMENEZ
Subdirector (E)
CENTRO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO MINERO
REGIONAL CESAR

72212056 - 14/12/2020
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9721062225995CC1065650516C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**IVAN ANDRES TORRES PERTUZ**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1065650516*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## ELECTRICIDAD BÁSICA

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Valledupar, a los catorce (14) días del mes de diciembre de dos mil veinte (2020).*

Firmado Digitalmente por

JUAN MANUEL JIMENEZ JIMENEZ
Subdirector (E)
CENTRO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO MINERO
REGIONAL CESAR

**72644182 - 14/12/2020**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 972180227616NCC1065650516C.



REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**IVAN ANDRES TORRES PERTUZ**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1.065.650.516*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## CONTROL AMBIENTAL

*con una duración de 30 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Valledupar, al primer(1) día del mes de octubre de dos mil trece (2013)*

Firmado Digitalmente por
CARLOS ALBERTO GUTIERREZ DE PIÑERES ROCHA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS ALBERTO GUTIERREZ DE PIÑERES ROCHA
SUBDIRECTOR
CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE
REGIONAL CESAR

15434362 - 01/10/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co bajo el número 15434362CF20131001144C

HYDROMAQUIN
REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE MAQUINARIA PESADA

La Estrella, 11 de Diciembre de 2023

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

# CERTIFICACIÓN LABORAL

Hydromaquin S.A.S identificada con Nit N° 901.005.602-5 certifica que el señor **IVAN ANDRES TORRES PERTUZ**, identificado con Cedula N°1.065.650.516 de Valledupar (Cesar), laboro con nosotros desde el 21 de junio del 2023 hasta el 4 de septiembre 2023 como Operador de Retroexcavadora, con un contrato a Término fijo y una asignación salarial mensual de $ 1.359.394 + Bonificaciones extra salariales.

Se expide la presente a solicitud del interesado.

Cordialmente,

**Judith Carolina Giraldo**
**Auxiliar Administrativo**
**HYDROMAQUIN S.A.S**
**CEL. 3186703856**

Carrera 54 # 79 SUR 123
Celular: 3117703146
hydromaquinsas@outlook.com
La Estrella (Ant)

Barranquilla Atlántico, 04 de Noviembre del 2021
Jefe de maquinaria: JAVIER CANTILLO
CEL: 3043956215

# A QUIEN INTERESE

ELSUSCRITO YESICA ALEJANDRA SANCHEZ ARIAS EN CALIDAD DE JEFE DE RECURSOS HUMANOS

# CERTIFICA

El señor **IVAN ANDRES TORRES PERTUZ,** identificado con cedula de ciudadanía No 1.065.650.516 estuvo vinculado a la empresa **INVERSIONES Y EQUIPOS COLOMBIA SAS** con NIT: **900.562.771-6,** por medio de un contrato de trabajo en el periodo comprendido **01 DE MARZO DEL 2021 HASTA EL 16 DE OCTUBRE DE 2023** desempeñándose como **OPERADOR DE TRACTOR SOBRE ORUGA CATERPILLAR D6N**

Se expide la certificación a los **VEINTIDOS (22)** días del mes de **NOVIEMBRE DE 2023.**

**YESICA ALEJANDRA SANCHEZ A.**
**Jefe de Recursos Humanos**



*Barranquilla Atlántico, 04 de Noviembre del 2021*
*Jefe de maquinaria: JAVIER CANTILLO*
*CEL: 3043956215*

## *A QUIEN INTERESE*

*EL SUSCRITO YESICA ALEJANDRA SANCHEZ ARIAS EN CALIDAD DE JEFE DE RECURSOS HUMANOS*

## *CERTIFICA*

*El señor* ***IVAN ANDRES TORRES PERTUZ,*** *identificado con cedula de ciudadanía No 1.065.650.516 estuvo vinculado a la empresa* ***INVERSIONES Y EQUIPOS COLOMBIA SAS*** *con NIT: 900.562.771-6, por medio de la modalidad de PASANTIAS, en el periodo comprendido* ***01 DE JUNIO DEL 2015 HASTA EL 16 DE JULIO DE 2019 desempeñándose*** *como* ***OPERADOR DE RETROCARGADORA CATERPILAR 420E***

*Se expide la certificación a los* ***VENTE (20)*** *días del mes de* ***FEBRERO DE 2020***



***YESICA ALEJANDRA SANCHEZ A.***
***Jefe de Recursos Humanos***



*Barranquilla Atlántico, 04 Noviembre del 2021*
*Jefe de maquinaria: JAVIER CANTILLO*
*CEL: 3043956215*

## *A QUIEN INTERESE*

*EL SUSCRITO YESICA ALEJANDRA SANCHEZ ARIAS EN CALIDAD DE JEFE DE RECURSOS HUMANOS*

## *CERTIFICA*

*El señor* ***IVAN ANDRES TORRES PERTUZ,*** *identificado con cedula de ciudadanía No 1.065.650.516 estuvo vinculado a la empresa* ***INVERSIONES Y EQUIPOS COLOMBIA SAS*** *con NIT: 900.562.771-6, por medio de un contrato de trabajo en el periodo comprendido* ***01 DE FEBRERO DEL 2016 HASTA EL 16 DE JULIO DE 2018 desempeñándose*** *como* ***OPERADOR DE VIBRO COMPACTADOR 423E CAT***

*Se expide la certificación a los* ***VENTE (20)*** *días del mes de* ***FEBRERO DE 2019***



***YESICA ALEJANDRA SANCHEZ A.***
***Jefe de Recursos Humanos***

*Barranquilla Atlántico, 04 Noviembre del 2019*
*Jefe de maquinaria: JAVIER CANTILLO*
*CEL: 3043956215*

## *A QUIEN INTERESE*

*EL SUSCRITO YESICA ALEJANDRA SANCHEZ ARIAS EN CALIDAD DE JEFE DE RECURSOS HUMANOS*

## *CERTIFICA*

*El señor* ***IVAN ANDRES TORRES PERTUZ,*** *identificado con cedula de ciudadanía No 1.065.650.516 estuvo vinculado a la empresa* ***INVERSIONES Y EQUIPOS COLOMBIA SAS*** *con NIT: 900.562.771-6, por medio de un contrato de trabajo en el periodo comprendido* ***01 DE FEBRERO DEL 2015 HASTA EL 16 DE JULIO DE 2018 desempeñándose*** *como* ***OPERADOR DE MINIEXCAVADORA HITACHI ZX60***

*Se expide la certificación a los* ***VENTE (20)*** *días del mes de* ***FEBRERO DE 2019***



***YESICA ALEJANDRA SANCHEZ A.***
***Jefe de Recursos Humanos***

*Barranquilla Atlántico, 04 Noviembre del 2019*
*Jefe de maquinaria: JAVIER CANTILLO*
*CEL: 3043956215*

# *A QUIEN INTERESE*

*EL SUSCRITO YESICA ALEJANDRA SANCHEZ ARIAS EN CALIDAD DE JEFE DE RECURSOS HUMANOS*

## *CERTIFICA*

*El señor* ***IVAN ANDRES TORRES PERTUZ,*** *identificado con cedula de ciudadanía No 1.065.650.516 estuvo vinculado a la empresa* ***INVERSIONES Y EQUIPOS COLOMBIA SAS*** *con NIT: 900.562.771-6, por medio de un contrato de trabajo en el periodo comprendido* ***01 DE FEBRERO DEL 2015 HASTA EL 16 DE JULIO DE 2019 desempeñándose*** *como* ***OPERADOR DE EXCAVADORA DEORUGA CATERPILAR 330C***

*Se expide la certificación a los* ***VENTE (20)*** *días del mes de* ***FEBRERO DE 2020***

***YESICA ALEJANDRA SANCHEZ A.***
***Jefe de Recursos Humanos***

## CERTIFICA QUE

El señor, **IVAN ANDRES TORRES PERTUZ**, identificado con cedula de ciudadania No. **1.065.650.516**, laboró al servicio de la empresa con contrato de trabajo a término indefinido desde el **28-04-2022** hasta el **21-07-2022** desempeñandose como **OPERADOR EXCAVADORA**.
Cumpliendo a cabalidad con todas las funciones asignadas, mostrando un excelente desempeño y dedicación.

Se expide a petición del interesado en Bosconia, Cesar a los **12** días del mes de **octubre** del **2022**.

Atentamente,

Ana Leonor Fuentes Suarez

**ANA LEONOR FUENTES SUAREZ**
C.C. 60.325.183 de Cúcuta
Representante Legal

FS INGENIERÍA
& CONSTRUCCIÓN

NIT: 900900070-2
CRA. 7 No. 22 – 66 Barrio San Jorge.
TEL: 5727263 - FAX: (095) 5707236
Valledupar – Colombia.

Valledupar, Agosto 30 de 2022.

# FS INGENIERIA & CONSTRUCCION S.A.S

## CERTIFICA

El señor, **IVÁN ANDRES TORRES PERTUZ**, identificado con la cedula de ciudadanía número 1.065.650.516, expedida en Valledupar, Cesar, realizó de manera satisfactoria su etapa productiva del programa EXCAVADORA Y RETROCARGADORA, mediante la modalidad de PASANTIAS, en un periodo de seis meses efectivos, con fecha de inicio 23/09/2021 y finalización 23/03/2022.

La presente certificación se expide por solicitud del interesado para tramitar la certificación de la institución SENA. A los 30 días del mes de agosto de 2022.

Cordialmente,

**GUSTAVO ADOLFO FUENTES SOLANO**
R. Legal – FS Ingeniería & Construcción SAS
Cel: 3167515714
Nit: 900900070-2

Barranquilla, 25 de enero de 2023

**SERO SERVICIOS OCASIONALES S.A.S**
**CERTIFICA QUE:**

El (la) señor(a), ***IVAN ANDRES TORRES PERTUZ*** , identificado con cedula de ciudadanía No ***1065650516***, laboró por intermedio de la empresa, con el cargo OPERADOR DE MINICARGADOR desde el 19 de diciembre de 2022 hasta el 20 de enero de 2023 y el motivo de retiro fue por RENUNCIA VOLUNTARIA.

La presente certificación se expide el 25 de enero de 2023

***Rosalia Nieblas Escorcia***
***Directora de Oficina***
***Sero Servicios Ocasionales S.A.S***
***Nit. 860.074.408-9***

Elaborado por: Yuliesbys Orozco Olaya

Dirección Carrera 45ª # 93 – 86 La Castellana
Cel. 3124474131 – Tel. 7424979
Bogotá - Colombia

MGL
MAQUINARIA & EQUIPOS

nit. 900968551-6

**EL SUSCRITO DEPARTAMENTO DE GESTION HUMANA DE**
**MGL INVERSIONES SAS**
**NIT. 900.968.551-63**

**CERTIFICA QUE:**

El señor ***TORRES PERTUZ IVAN ANDRES***, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1065650516** expedida en Valledupar - Cesar, laboró con un contrato de trabajo de obra o labor.

| **Relación laboral** | |
|---|---|
| **Cargo:** | OPERADOR DE MAQUINARIA AMARILLA "EXCAVADORA" |
| **Fecha de inicio:** | 24/01/2023 |
| **Fecha de Terminación:** | 24/04/2023 |
| **Motivo de Retiro:** | Terminación de Contrato |

En constancia de lo anterior, se firma y expide en la ciudad de Valledupar a los veinticinco (17) días del mes de junio de 2023.

Atentamente,

**JESSICA ORTEGA BAYONA**
Coordinador de Recursos Humanos

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 08:58:54 AM horas del 22/07/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **1065650516**
Apellidos y Nombres: **TORRES PERTUZ IVAN 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.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 201169860

WEB
09:00:08
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de julio del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) IVAN ANDRES TORRES PERTUZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1065650516,

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES.

**ADVERTENCIA**: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**NOTA**: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes**. Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

ATENCION :
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD, VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 22 de julio de 2022, a las 09:00:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1065650516 |
| Código de Verificación | 1065650516220722090052 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

# Certificado
## Bancario

Viernes, 22 de julio de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que IVAN ANDRES TORRES PERTUZ identificado(a) con CC 1065650516, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 53417036889 | 2021/01/05 | ACTIVA |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia



La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

**Certificado de vacunación**

Nombres: Juan Andres

Apellidos: Jones perez

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

No. 1065 650 516

Fecha de nacimiento: Día 24 Mes 02 Año 1993



| .CERTIFICADO MEDICO |  Dr. Ivan Emilio Cujia Daza |
|---|---|

| DATOS PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Completo | **IVAN ANDRES TORRES PERTUZ** | | |
| Documento | **1.065.650.516** | Fecha | **JUNIO 4 DE 2024** |

- EDAD: 31 AÑOS
- MASCULINO
- RESIDENTE EN VALLEDUPAR.CESAR.
- DIRECCION: CARRERA 39 No. 6-75. BARRIO LA NEVADA
- MOVIL: 315 580 4179
-

TALLA: 1.73 PESO: 110 KILOS IMC: 36.75 K/M2

- PROGRAMADO PARA EXAMEN MEDICO PARA EL CARGO DE OPERADOR DE PAJARITA.REFIERE SENTIRSE BIEN.MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES SIN LIMITACION, NO HAY DOLOR NI DEFORMIDAD EN ARTICULACIONES, NIEGA DOLOR A NIVEL DE COLUMNA. NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS.

**RECOMENDACIONES**

**Hábitos Saludables**

- Dieta baja en harina, sal y azúcar

**Medicas**

Controles preventivos de Salud.

- Controles preventivos por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud por OBESIDAD GRADO 1.

**Laborales**

- Capacitar en prevención de riesgos propios del cargo a realizar
- Uso de elementos de protección personal
- Higiene postural
- Pausas activas

**APTITUD**

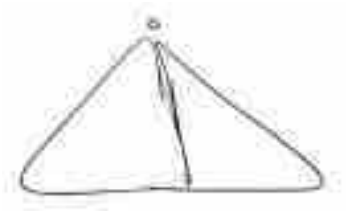
Concepto de aptitud

- APTA CON RECOMENDACIÓN

**CONCEPTO PARA TAREAS ESPECIFICAS**

- APTO PARA REALIZAR EL CARGO REQUERIDO

**CERFTIFICO QUE EL PACIENTE EN MENCION NO PADECE ENFERMEDAD FISICA, MENTAL O INFECTOCONTAGIOSA QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD**



Ivan Emilio Cujia Daza
Profesional
Reg. 0227

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# UPARSISTEM

**CENTRO EDUCATIVO DE SISTEMAS**

Autorización oficial según Resolución No. 0285 Diciembre 1 de 2008, resolución 000176 Octubre 18 de 2016
Resolución de Programa de Formación No. 000177 de 18 de Octubre 2016
Emanadas de la Secretaría de Educación Municipal

## Acta de Certificación No. 202-35293

En la ciudad de Valledupar, departamento del Cesar, República de Colombia, en fecha 24 de noviembre del 2020, el Centro Educativo de Sistemas Uparsistem con autorización oficial según resolución No. 0285 Diciembre 1 de 2008, resolución 000176 Octubre 18 de 2016 emanada de la Secretaría de Educación Municipal, bajo la Dirección General, la Gerencia y la Dirección Académica celebró sesión de certificación individual. Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos por Uparsistem, confirió la certificación en:

**OPERACION DE EQUIPO PESADO DE MINERÍA**

000177 de 18 de Octubre 2016

**Jose Jose Calvo Navarro**

CC 1003427727 de Astrea - Cesar

Quien emitió el juramento de rigor por el cual se comprometió a ejercer sus funciones con responsabilidad y honradez, declarándolo idóneo para ejercer las competencias establecidas en el programa y llevar siempre en alto el buen nombre y los principios del Centro Educativo de Sistemas Uparsistem.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Es fiel copia tomada del original, que se lleva a cabo en los archivos del Centro Educativo de Sistemas Uparsistem.

**JOSE ALBERTO MORILLO**
**Director General**

**HERMES QUIROZ RODRIGUEZ**
**Dirección Académica**

**DORIANA M. BUELVAS R.**
**Gerente General**

202-35293

CELAC
Calidad en Educación
ISO 9001 NTC 5555 NTC 5581


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.003.427.727
CALVO NAVARRO
APELLIDOS
JOSE JOSE
NOMBRES
Jose Calvo N
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1996
ASTREA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-NOV-2014 ASTREA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1217000-00692295-M-1003427727-20150124 0042487442A 1 42075154

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NI 900496355 | 2 | PARQUEADERO Y GRUAS ARIÑO SAS | B | 0 | ARL SURA - 14-11 | SUCURSAL | 4923 | Jurídica |

| MUN-DEP | DIRECCIÓN | TELÉFONO | EMAIL | EXENTO DE PARAFISCALES |
|---|---|---|---|---|
| 20-1 | DIAGONAL 21 N 20 98 | 5898222 | CONTABILIDAD@PYGASAS.COM | S |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024-04 | 2024-05 | 29944159 | E | 2024-05-23 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 5.678.200 | 37.100 | BANCOLOMBIA |

| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA |
|---|---|---|---|
| 15 | 29944159 | 2024-05-23 | Pagada |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
| 1 | CC 1065132215 | ALVARADO MEDINA JESUS ALBERTO | 1.310.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 22 | 22 | 22 | 22 | COLFONDOS-231001 | 1.087.487 | 174.000 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | 1.087.487 | 43.500 | COMFACESAR-CCF15 | 1.087.487 | 43.500 | 1.087.487 | 47.400 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 308.400 | S | 4492301 |
| 2 | CC 1065132215 | ALVARADO MEDINA JESUS ALBERTO | 1.310.000 | V | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | COLFONDOS-231001 | 349.334 | 55.900 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | 349.334 | 0 | COMFACESAR-CCF15 | 349.334 | 0 | 349.334 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 55.900 | S | 4492301 |
| 3 | CC 18958449 | AMARIS FELIZOLA ELEINER ALEJANDRO | 1.310.000 | V | | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 2 | 2 | 2 | 2 | COLFONDOS-231001 | 87.334 | 14.000 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 87.334 | 3.500 | COMFACESAR-CCF15 | 671.376 | 26.900 | 87.334 | 3.800 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 48.200 | S | 4492301 |
| 4 | CC 1003239963 | BANDERA CARDENA EMBER JOSE | 1.310.000 | F | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PROTECCION-230201 | 1.310.000 | 209.600 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.310.000 | 52.400 | COMFACESAR-CCF15 | 1.310.000 | 52.400 | 1.310.000 | 57.000 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 371.400 | S | 4452001 |
| 5 | CC 1003427727 | CALVO NAVARRO JOSE JOSE | 1.310.000 | F | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 13 | 13 | 13 | 13 | PORVENIR-230301 | 567.667 | 90.900 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | 567.667 | 22.800 | COMFACESAR-CCF15 | 567.667 | 22.800 | 567.667 | 24.700 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 161.200 | S | 4492301 |
| 6 | CC 1003427727 | CALVO NAVARRO JOSE JOSE | 1.312.565 | F | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | | | 17 | 17 | 17 | 17 | PORVENIR-230301 | 743.787 | 119.100 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | 743.787 | 29.800 | COMFACESAR-CCF15 | 743.787 | 29.800 | 743.787 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 178.700 | S | 4492301 |
| 7 | CC 77188791 | CARRILLO MERCADO JOSE LUIS | 1.600.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 29 | 29 | 29 | 29 | PORVENIR-230301 | 1.881.988 | 301.200 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.881.988 | 75.300 | COMFACESAR-CCF15 | 1.881.988 | 75.300 | 1.881.988 | 81.900 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 533.700 | S | 4492301 |
| 8 | CC 77188791 | CARRILLO MERCADO JOSE LUIS | 1.600.000 | V | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | PORVENIR-230301 | 53.334 | 8.600 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 53.334 | 0 | COMFACESAR-CCF15 | 53.334 | 0 | 53.334 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 8.600 | S | 4492301 |
| 9 | CC 1128105593 | CARRILLO PADILLA DEIMER EFREN | 1.400.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 12 | 12 | 12 | 12 | COLFONDOS-231001 | 702.979 | 112.500 | 0 | 0 | EPS-S COOSALUD-ESSC24 | 702.979 | 28.200 | COMFACESAR-CCF15 | 702.979 | 28.200 | 702.979 | 30.600 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 199.500 | S | 4492301 |
| 10 | CC 1128105593 | CARRILLO PADILLA DEIMER EFREN | 1.323.781 | V | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | | | 18 | 18 | 18 | 18 | COLFONDOS-231001 | 794.269 | 127.100 | 0 | 0 | EPS-S COOSALUD-ESSC24 | 794.269 | 31.800 | COMFACESAR-CCF15 | 794.269 | 31.800 | 794.269 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 190.700 | S | 4492301 |
| 11 | CC 77189039 | GUALDRON ESTEVEZ DIEGO FERNANDO | 1.310.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.436.820 | 229.900 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.436.820 | 57.500 | COMFACESAR-CCF15 | 1.436.820 | 57.500 | 1.436.820 | 62.600 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 407.500 | S | 4492301 |
| 12 | CC 72270075 | JIMENEZ VIANA JOSE FERNANDO | 1.310.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PROTECCION-230201 | 1.434.032 | 229.500 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.434.032 | 57.400 | COMFACESAR-CCF15 | 1.434.032 | 57.400 | 1.434.032 | 62.400 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 406.700 | S | 4492301 |
| 13 | CC 1065998387 | MOLINA RODRIGUEZ GREISSON MIGUEL | 1.310.000 | V | | X | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.400.585 | 224.100 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.400.585 | 56.100 | COMFACESAR-CCF15 | 1.611.641 | 64.500 | 1.400.585 | 61.000 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 405.700 | S | 4492301 |
| 14 | CC 19710973 | NAVARRO CHAVEZ LUIS ALFONSO | 1.400.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 12 | 12 | 12 | 12 | PORVENIR-230301 | 772.980 | 123.700 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 772.980 | 31.000 | COMFACESAR-CCF15 | 772.980 | 31.000 | 772.980 | 33.700 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 219.400 | S | 4492301 |
| 15 | CC 19710973 | NAVARRO CHAVEZ LUIS ALFONSO | 1.371.070 | V | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | | | 18 | 18 | 18 | 18 | PORVENIR-230301 | 822.642 | 131.700 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 822.642 | 33.000 | COMFACESAR-CCF15 | 822.642 | 33.000 | 822.642 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 197.700 | S | 4492301 |
| 16 | CC 1065657215 | PERALTA GARRIDO CESAR DAVID | 1.600.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.906.384 | 305.100 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.906.384 | 76.300 | COMFACESAR-CCF15 | 1.906.384 | 76.300 | 1.906.384 | 83.000 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 540.700 | S | 4492301 |
| 17 | CC 1081830406 | ROMERO CHINCHILLA MARCOS ALFONSO | 1.310.000 | F | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | PORVENIR-230301 | 43.667 | 7.000 | 0 | 0 | EPS CAJACOPI-CCFC55 | 43.667 | 0 | COMFACESAR-CCF15 | 43.667 | 0 | 43.667 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 7.000 | S | 4492301 |
| 18 | CC 1081830406 | ROMERO CHINCHILLA MARCOS ALFONSO | 1.310.000 | F | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | | | 6 | 6 | 6 | 6 | PORVENIR-230301 | 262.000 | 42.000 | 0 | 0 | EPS CAJACOPI-CCFC55 | 262.000 | 0 | COMFACESAR-CCF15 | 262.000 | 0 | 262.000 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 42.000 | S | 4492301 |
| 19 | CC 1081830406 | ROMERO CHINCHILLA MARCOS ALFONSO | 1.310.000 | F | | X | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 18 | 18 | 18 | 18 | PORVENIR-230301 | 887.736 | 142.100 | 0 | 0 | EPS CAJACOPI-CCFC55 | 887.736 | 35.600 | COMFACESAR-CCF15 | 1.253.430 | 50.200 | 887.736 | 38.700 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 266.600 | S | 4492301 |
| 20 | CC 1007398800 | SARMIENTO GUTIERREZ MARCELO FABIAN | 1.400.000 | V | | X | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.635.320 | 261.700 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 1.635.320 | 65.500 | COMFACESAR-CCF15 | 1.862.768 | 74.600 | 1.635.320 | 71.200 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 473.000 | S | 4492301 |
| 21 | CC 1067594019 | TERAN CACERES DONOVAN YESID | 1.300.000 | | | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 0 | 29 | 0 | 29 | SINAFP-SINAFP | 0 | 0 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.256.667 | 157.100 | SIN CCF-SINCCF | 0 | 0 | 1.256.667 | 54.700 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 211.800 | N | 4452001 |
| 22 | CC 1065824624 | TORRES ALMEIRA JOSE CAMILO | 1.310.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.434.032 | 229.500 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 1.434.032 | 57.400 | COMFACESAR-CCF15 | 1.434.032 | 57.400 | 1.434.032 | 62.400 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 406.700 | S | 4492301 |

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| NI 900496355 | 2 | PARQUEADERO Y GRUAS ARIÑO SAS | B | 0 | ARL SURA - 14-11 | SUCURSAL | 4923 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 20-1 | DIAGONAL 21 N 20 98 | | 5898222 | | | CONTABILIDAD@PYGASAS.COM | | S |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-04 | 2024-05 | 29944159 | E | 2024-05-23 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 5.678.200 | 37.100 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 15 | 29944159 | 2024-05-23 | Pagada | | | | | | | |

| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 19.614.377 | 20.871.044 | 20.871.044 | 21.002.617 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 3) | | | | 14 | 3.139.200 | 0 | 20.500 | 0 | 3.159.700 |
| PROTECCION | 230201 | 800229739 | 0 | 2 | 439.100 | 0 | 2.900 | 0 | 442.000 |
| COLFONDOS | 231001 | 800227940 | 6 | 3 | 483.500 | 0 | 3.200 | 0 | 486.700 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 9 | 2.216.600 | 0 | 14.400 | 0 | 2.231.000 |
| EPS(Administradoras: 5) | | | | 15 | 914.200 | 0 | 6.200 | 0 | 920.400 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830003564 | 7 | 3 | 186.900 | 0 | 1.300 | 0 | 188.200 |
| EPS-S COOSALUD | ESSC24 | 900226715 | 3 | 1 | 60.000 | 0 | 400 | 0 | 60.400 |
| NUEVA E.P.S. S.A. MOV | EPS041 | 900156264 | 2 | 2 | 96.100 | 0 | 700 | 0 | 96.800 |
| EPS CAJACOPI | CCFC55 | 901543211 | 6 | 1 | 35.600 | 0 | 300 | 0 | 35.900 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800130907 | 4 | 8 | 535.600 | 0 | 3.500 | 0 | 539.100 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 15 | 775.100 | 0 | 5.100 | 0 | 780.200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890903790 | 5 | 15 | 775.100 | 0 | 5.100 | 0 | 780.200 |
| CCF(Administradoras: 1) | | | | 14 | 812.600 | 0 | 5.300 | 0 | 817.900 |
| COMFACESAR | CCF15 | 892399989 | 8 | 14 | 812.600 | 0 | 5.300 | 0 | 817.900 |
| Gran Total | | | | | 5.641.100 | 0 | 37.100 | 0 | 5.678.200 |

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NI 900496355 | 2 | PARQUEADERO Y GRUAS ARIÑO SAS | B | 0 | ARL SURA - 14-11 | SUCURSAL | 4923 | Jurídica |

| MUN-DEP | DIRECCIÓN | TELÉFONO | EMAIL | EXENTO DE PARAFISCALES |
|---|---|---|---|---|
| 20-1 | DIAGONAL 21 N 20 98 | 5898222 | CONTABILIDAD@PYGASAS.COM | S |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024-04 | 2024-05 | 29944159 | E | 2024-05-23 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 5.678.200 | 37.100 | BANCOLOMBIA |

| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA |
|---|---|---|---|
| 15 | 29944159 | 2024-05-23 | Pagada |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
| 1 | CC 1065132215 | ALVARADO MEDINA JESUS ALBERTO | 1.310.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 22 | 22 | 22 | 22 | COLFONDOS-231001 | 1.087.487 | 174.000 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | 1.087.487 | 43.500 | COMFACESAR-CCF15 | 1.087.487 | 43.500 | 1.087.487 | 47.400 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 308.400 | S | 4492301 |
| 2 | CC 1065132215 | ALVARADO MEDINA JESUS ALBERTO | 1.310.000 | V | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | | | 8 | 8 | 8 | 8 | COLFONDOS-231001 | 349.334 | 55.900 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | 349.334 | 0 | COMFACESAR-CCF15 | 349.334 | 0 | 349.334 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 55.900 | S | 4492301 |
| 3 | CC 18958449 | AMARIS FELIZOLA ELEINER ALEJANDRO | 1.310.000 | V | | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 2 | 2 | 2 | 2 | COLFONDOS-231001 | 87.334 | 14.000 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 87.334 | 3.500 | COMFACESAR-CCF15 | 671.376 | 26.900 | 87.334 | 3.800 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 48.200 | S | 4492301 |
| 4 | CC 1003239963 | BANDERA CARDENA EMBER JOSE | 1.310.000 | F | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PROTECCION-230201 | 1.310.000 | 209.600 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.310.000 | 52.400 | COMFACESAR-CCF15 | 1.310.000 | 52.400 | 1.310.000 | 57.000 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 371.400 | S | 4452001 |
| 5 | CC 1003427727 | CALVO NAVARRO JOSE JOSE | 1.310.000 | F | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 13 | 13 | 13 | 13 | PORVENIR-230301 | 567.667 | 90.900 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | 567.667 | 22.800 | COMFACESAR-CCF15 | 567.667 | 22.800 | 567.667 | 24.700 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 161.200 | S | 4492301 |
| 6 | CC 1003427727 | CALVO NAVARRO JOSE JOSE | 1.312.565 | F | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | | | 17 | 17 | 17 | 17 | PORVENIR-230301 | 743.787 | 119.100 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041 | 743.787 | 29.800 | COMFACESAR-CCF15 | 743.787 | 29.800 | 743.787 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 178.700 | S | 4492301 |
| 7 | CC 77188791 | CARRILLO MERCADO JOSE LUIS | 1.600.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 29 | 29 | 29 | 29 | PORVENIR-230301 | 1.881.988 | 301.200 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.881.988 | 75.300 | COMFACESAR-CCF15 | 1.881.988 | 75.300 | 1.881.988 | 81.900 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 533.700 | S | 4492301 |
| 8 | CC 77188791 | CARRILLO MERCADO JOSE LUIS | 1.600.000 | V | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | PORVENIR-230301 | 53.334 | 8.600 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 53.334 | 0 | COMFACESAR-CCF15 | 53.334 | 0 | 53.334 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 8.600 | S | 4492301 |
| 9 | CC 1128105593 | CARRILLO PADILLA DEIMER EFREN | 1.400.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 12 | 12 | 12 | 12 | COLFONDOS-231001 | 702.979 | 112.500 | 0 | 0 | EPS-S COOSALUD-ESSC24 | 702.979 | 28.200 | COMFACESAR-CCF15 | 702.979 | 28.200 | 702.979 | 30.600 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 199.500 | S | 4492301 |
| 10 | CC 1128105593 | CARRILLO PADILLA DEIMER EFREN | 1.323.781 | V | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | | | 18 | 18 | 18 | 18 | COLFONDOS-231001 | 794.269 | 127.100 | 0 | 0 | EPS-S COOSALUD-ESSC24 | 794.269 | 31.800 | COMFACESAR-CCF15 | 794.269 | 31.800 | 794.269 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 190.700 | S | 4492301 |
| 11 | CC 77189039 | GUALDRON ESTEVEZ DIEGO FERNANDO | 1.310.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.436.820 | 229.900 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.436.820 | 57.500 | COMFACESAR-CCF15 | 1.436.820 | 57.500 | 1.436.820 | 62.600 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 407.500 | S | 4492301 |
| 12 | CC 72270075 | JIMENEZ VIANA JOSE FERNANDO | 1.310.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PROTECCION-230201 | 1.434.032 | 229.500 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.434.032 | 57.400 | COMFACESAR-CCF15 | 1.434.032 | 57.400 | 1.434.032 | 62.400 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 406.700 | S | 4492301 |
| 13 | CC 1065998387 | MOLINA RODRIGUEZ GREISSON MIGUEL | 1.310.000 | V | | X | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.400.585 | 224.100 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.400.585 | 56.100 | COMFACESAR-CCF15 | 1.611.641 | 64.500 | 1.400.585 | 61.000 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 405.700 | S | 4492301 |
| 14 | CC 19710973 | NAVARRO CHAVEZ LUIS ALFONSO | 1.400.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 12 | 12 | 12 | 12 | PORVENIR-230301 | 772.980 | 123.700 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 772.980 | 31.000 | COMFACESAR-CCF15 | 772.980 | 31.000 | 772.980 | 33.700 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 219.400 | S | 4492301 |
| 15 | CC 19710973 | NAVARRO CHAVEZ LUIS ALFONSO | 1.371.070 | V | | | | | | | | | | | | | X | | | 0 | | | 18 | 18 | 18 | 18 | PORVENIR-230301 | 822.642 | 131.700 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 822.642 | 33.000 | COMFACESAR-CCF15 | 822.642 | 33.000 | 822.642 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 197.700 | S | 4492301 |
| 16 | CC 1065657215 | PERALTA GARRIDO CESAR DAVID | 1.600.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.906.384 | 305.100 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.906.384 | 76.300 | COMFACESAR-CCF15 | 1.906.384 | 76.300 | 1.906.384 | 83.000 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 540.700 | S | 4492301 |
| 17 | CC 1081830406 | ROMERO CHINCHILLA MARCOS ALFONSO | 1.310.000 | F | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | PORVENIR-230301 | 43.667 | 7.000 | 0 | 0 | EPS CAJACOPI-CCFC55 | 43.667 | 0 | COMFACESAR-CCF15 | 43.667 | 0 | 43.667 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 7.000 | S | 4492301 |
| 18 | CC 1081830406 | ROMERO CHINCHILLA MARCOS ALFONSO | 1.310.000 | F | | | | | | | | | | X | | | | | | 0 | | | 6 | 6 | 6 | 6 | PORVENIR-230301 | 262.000 | 42.000 | 0 | 0 | EPS CAJACOPI-CCFC55 | 262.000 | 0 | COMFACESAR-CCF15 | 262.000 | 0 | 262.000 | 0 | 0,00000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 42.000 | S | 4492301 |
| 19 | CC 1081830406 | ROMERO CHINCHILLA MARCOS ALFONSO | 1.310.000 | F | | X | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 18 | 18 | 18 | 18 | PORVENIR-230301 | 887.736 | 142.100 | 0 | 0 | EPS CAJACOPI-CCFC55 | 887.736 | 35.600 | COMFACESAR-CCF15 | 1.253.430 | 50.200 | 887.736 | 38.700 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 266.600 | S | 4492301 |
| 20 | CC 1007398800 | SARMIENTO GUTIERREZ MARCELO FABIAN | 1.400.000 | V | | X | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.635.320 | 261.700 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 1.635.320 | 65.500 | COMFACESAR-CCF15 | 1.862.768 | 74.600 | 1.635.320 | 71.200 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 473.000 | S | 4492301 |
| 21 | CC 1067594019 | TERAN CACERES DONOVAN YESID | 1.300.000 | | | X | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 0 | 29 | 0 | 29 | SINAFP-SINAFP | 0 | 0 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.256.667 | 157.100 | SIN CCF-SINCCF | 0 | 0 | 1.256.667 | 54.700 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 211.800 | N | 4452001 |
| 22 | CC 1065824624 | TORRES ALMEIRA JOSE CAMILO | 1.310.000 | V | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PORVENIR-230301 | 1.434.032 | 229.500 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 1.434.032 | 57.400 | COMFACESAR-CCF15 | 1.434.032 | 57.400 | 1.434.032 | 62.400 | 0,04350 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 406.700 | S | 4492301 |

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| NI 900496355 | 2 | PARQUEADERO Y GRUAS ARIÑO SAS | B | 0 | ARL SURA - 14-11 | SUCURSAL | 4923 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 20-1 | DIAGONAL 21 N 20 98 | | 5898222 | | | CONTABILIDAD@PYGASAS.COM | | S |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-04 | 2024-05 | 29944159 | E | 2024-05-23 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 5.678.200 | 37.100 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 15 | 29944159 | 2024-05-23 | Pagada | | | | | | | |

| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 19.614.377 | 20.871.044 | 20.871.044 | 21.002.617 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 3) | | | | 14 | 3.139.200 | 0 | 20.500 | 0 | 3.159.700 |
| PROTECCION | 230201 | 800229739 | 0 | 2 | 439.100 | 0 | 2.900 | 0 | 442.000 |
| COLFONDOS | 231001 | 800227940 | 6 | 3 | 483.500 | 0 | 3.200 | 0 | 486.700 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 9 | 2.216.600 | 0 | 14.400 | 0 | 2.231.000 |
| EPS(Administradoras: 5) | | | | 15 | 914.200 | 0 | 6.200 | 0 | 920.400 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830003564 | 7 | 3 | 186.900 | 0 | 1.300 | 0 | 188.200 |
| EPS-S COOSALUD | ESSC24 | 900226715 | 3 | 1 | 60.000 | 0 | 400 | 0 | 60.400 |
| NUEVA E.P.S. S.A. MOV | EPS041 | 900156264 | 2 | 2 | 96.100 | 0 | 700 | 0 | 96.800 |
| EPS CAJACOPI | CCFC55 | 901543211 | 6 | 1 | 35.600 | 0 | 300 | 0 | 35.900 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800130907 | 4 | 8 | 535.600 | 0 | 3.500 | 0 | 539.100 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 15 | 775.100 | 0 | 5.100 | 0 | 780.200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890903790 | 5 | 15 | 775.100 | 0 | 5.100 | 0 | 780.200 |
| CCF(Administradoras: 1) | | | | 14 | 812.600 | 0 | 5.300 | 0 | 817.900 |
| COMFACESAR | CCF15 | 892399989 | 8 | 14 | 812.600 | 0 | 5.300 | 0 | 817.900 |
| Gran Total | | | | | 5.641.100 | 0 | 37.100 | 0 | 5.678.200 |

| .CERTIFICADO MEDICO |  Dr. Ivan Emilio Cujia Daza |
|---|---|

| DATOS PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Completo | **JHON JAIRO PEREZ DAZA** | | |
| Documento | **1065.202.364** | Fecha | **JUNIO 18 DE 2024** |

- EDAD: 26 AÑOS
- MASCULINO
- RESIDENTE EN VALLEDUPAR.CESAR.
- DIRECCION: CARRERA 4 . CALLE 12. BARRIO ZAPATO EN MANO.
- MOVIL: 323 7960344

ANTECEDENTES DE DISLIPIDEMIA.TTO CON GEMFIBROZILO Y DIETA .

TALLA: 175 CM PESO: 93 KILOS IMC: 30.36 K/M2

- PROGRAMADO PARA EXAMEN MEDICO PARA EL CARGO DE OPERADOR DE VIBROCOMPACTADORA.REFIERE SENTIRSE BIEN.MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES SIN LIMITACION, NO HAY DOLOR NI DEFORMIDAD EN ARTICULACIONES, NIEGA DOLOR A NIVEL DE COLUMNA. NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS.

**RECOMENDACIONES**

**Hábitos Saludables**

- Dieta baja en harina, sal y azúcar

**Medicas**

Controles preventivos de Salud.

- Controles preventivos por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud por OBESIDAD GRADO 1.

**Laborales**

- Capacitar en prevención de riesgos propios del cargo a realizar
- Uso de elementos de protección personal
- Higiene postural
- Pausas activas

**APTITUD**

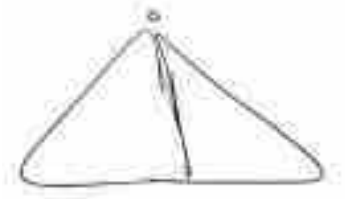
Concepto de aptitud

- APTA CON RECOMENDACIÓN

**CONCEPTO PARA TAREAS ESPECIFICAS**

- APTO PARA REALIZAR EL CARGO REQUERIDO

**CERFTIFICO QUE EL PACIENTE EN MENCION NO PADECE ENFERMEDAD FISICA, MENTAL O INFECTOCONTAGIOSA QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD**



Ivan Emilio Cujia Daza
Profesional
Reg. 0227

# HOJA DE VIDA

JHON JADER PÉREZ DAZA

CEL. 3237960344

## DATOS PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Nombres** | : | Jhon Jader |
| **Apellidos** | : | Pérez Daza |
| **Identificación** | : | 1.065.202.364 |
| **Fecha de Nacimiento** | : | 18/septiembre de 1997 |
| **Lugar de Nacimiento** | : | Manaure/Cesar |
| **Estado Civil** | : | Soltero |
| **Dirección** | : | Carrera 4 N° 12-02 |
| **Celular** | : | 3237960344 |

## ESTUDIOS REALIZADOS

| | | |
|---|---|---|
| **Primaria** | : | Institución Educativa San Joaquín Valledupar / Cesar |

## EXPERIENCIA LABORAL

| | | |
|---|---|---|
| **Lugar** | **:** | **AVÍCOLA LA CRISTALINA** |
| **Cargo** | **:** | Bodeguero |
| **Tiempo Laborado** | **:** | 12 meses |
| **Contacto** | **:** | 3157266093 |
| **Ciudad** | **:** | Valledupar - Cesar |

## REFERENCIAS PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre** | **:** | **PABLO DE JESÚS MEJIA** |
| **Profesión** | **:** | Mecánico Automotriz |
| **Teléfono** | **:** | 3214626456 |
| **Ciudad** | **:** | Valledupar - Cesar |

## REFERENCIAS PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre** | **:** | **JAIRO VILORIA GIL** |
| **Profesión** | **:** | Comerciante |
| **Teléfono** | **:** | 3016988654 |
| **Ciudad** | **:** | Valledupar – Cesar |

**JHON JADER PÉREZ DAZA**
**C.C 1.065.202.364**



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1065202364

JHON JADER PEREZ DAZA

16-06-1997

O+

08-07-2023

INSTITUTO DE TTO CESAR SAN DIEGO



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| A2 | | | |
| B1 | | | |
| C1 | | | |

LC0200343495

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

# "San Joaquín"

Jornada Fin de Semana
Valledupar - Cesar

DANE: 120001001022

## Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Valledupar - Cesar a los 23 días del mes de noviembre de 2016 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado Ciclos CLEI, los suscritos Rector y Secretaria Académica en la rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA "SAN JOAQUÍN"**, Institucion aprobada en el nivel de Educación Media Academica y Autorizada por la Secretaria de Educacion Municipal de Valledupar, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Academica, segun Resolucion No. 000175 del 14 de octubre de 2016.

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

## BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

**Jhon Jader Pérez Daza**

**C.C. No. 1.065.202.364 de Valledupar**

La fiel copia tomada del Acta original general No. 16 de fecha 23 de noviembre de 2016, consta de 34 estudiantes graduados; que comienza con el nombre de Acosta Gómez Dolores María y termina con el nombre de Villalobos Martínez Edgardo Elías.

Firmada y sellada por Juan de Dios Ureche Figueredo (Rector) y
Faride Esther Molina Jiménez (Secretaria)

Dada en Valledupar - Cesar, a los veintitres (23) días del mes de noviembre de 2016

Es constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o del Decreto 1850 de 1981.

No requiere registro en la Secretaría de Educación según Decreto 953 del 6 de mayo de 1994

Juan de Dios Ureche Figueredo
C.C. No. 77.012.942 de Valledupar
Rector

Faride Esther Molina Jiménez
C.C. No. 42.487.151 de Valledupar
Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# UPARSISTEM

**CENTRO EDUCATIVO DE SISTEMAS**

Autorización oficial según Resolución No. 0285 Diciembre 1 de 2008, resolución 000176 Octubre 18 de 2016
Resolución de Registro de Formación No. 000177 del 18 de Octubre 2016
Expedidas por la Secretaría de Educación Municipal
Resolución ESNA No. 000080 del 02 de Abril de 2013

**Acta de Certificación No. 191-35750**

En la ciudad de Valledupar, departamento del Cesar, República de Colombia, en fecha 29 de Junio del 2019, el Centro Educativo de Sistemas Uparsistem con autorización oficial según resolución No. 0285 Diciembre 1 de 2008, resolución 000176 Octubre 18 de 2016 emanada de la Secretaría de Educación Municipal, bajo la Dirección General, la Gerencia y la Dirección Académica celebró sesión de certificación en ceremonia de grado. Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos por Uparsistem, confirió la certificación en:

**OPERACION DE EQUIPO PESADO DE MINERÍA**

000177 de 18 de Octubre 2016

**Jhon Jader Perez Daza**

CC 1065202364 de Valledupar - Cesar

Quien emitió el juramento de rigor por el cual se comprometió a ejercer sus funciones con responsabilidad y honradez, declarándolo idóneo para ejercer las competencias establecidas en el programa y llevar siempre en alto el buen nombre y los principios del Centro Educativo de Sistemas Uparsistem.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Es fiel copia tomada del original, que se lleva a cabo en los archivos del Centro Educativo de Sistemas Uparsistem.

JOSE ALBERTO MORILLO
Director General

HERMES QUIROZ RODRIGUEZ
Dirección Académica

DORIANA M. RUELVAS R.
Gerente General

CELAC
Calidad en Educación
ISO 9001 NTC 5555 NTC 5581

Para mayor constancia puede verificar la autenticidad del certificado ingresando a www.uparsistem.edu.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# UPARSISTEM

## CENTRO EDUCATIVO DE SISTEMAS

Autorización oficial según Resolución No. 0265 Diciembre 1 de 2008, resolución 000178 Octubre 18 de 2016
Emanada de la Secretaría de Educación Municipal

La Direccion General y la Dirección Académica del Centro Educativo de Sistemas Uparsistem, certifica que:

*Jhon Jader Perez Daza*

CC 1065202364 de Valledupar - Cesar

**Asistió al Diplomado en**

## PRODUCTIVIDAD EN LA OPERACION DE EQUIPO PESADO

Con una intesidad de 100 horas, cumpliendo satisfactoriamente con los requisitos legales y académicos exigidos.

Valledupar, 29 de Junio del 2019

Director General

Gerente General

Dirección Académica

CELAC
Calidad en Educación
ISO 9001 NTC 5555
No. 10.025-3 No. 20.027-2

Certificado No. 191-35750 Libro de Registro No. 001 Folio No. 750 Diplomado No. ID525-2135

Para mayor constancia puede verificar la autenticidad del certificado ingresando a www.uparsistem.edu.co

191-35750-ID525-2135

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# UPARSISTEM

## CENTRO EDUCATIVO DE SISTEMAS

Autorización oficial según Resolución No. 0285 Diciembre 1 de 2008, resolución 000176 Octubre 18 de 2016
Resolución de Programa de Formación No. 000177 de 18 de Octubre 2016
Emanadas de la Secretaría de Educación Municipal
Resolución SENA No. 000080 del 02 de Abril de 2013

La Secretaría de Educación Municipal por medio de la Dirección General
y la Dirección Académica del Centro Educativo de Sistemas Uparsistem, y teniendo en cuenta que:

*Jhon Jader Perez Daza*

CC 1065202364 de Valledupar - Cesar

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por el ciclo formativo en:

**OPERACION DE EQUIPO PESADO DE MINERÍA,**

Adquiriendo las competencias establecidas en el programa de formación laboral,
con una intensidad de 720 horas le otorga

**Certificado de Técnico Laboral por Competencias en:**

# OPERACION DE EQUIPO PESADO DE MINERÍA

Valledupar, 29 de Junio del 2019

Director General

Gerente General

Dirección Académica

CELAC
Calidad en Educación
ISO 9001 NTC 5555 NTC 5581

Certificado No. 191-35750 Libro de Registro No. 001 Folio No. 750

Para mayor consistencia puede verificar la autenticidad del certificado ingresando a www.uparsistema.edu.co

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad/Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | PRINCIPAL | CALLE [illegible] | VALLEDUPAR CESAR | [illegible] | N |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-06 | 2024-06 | [illegible] | [illegible] | E | 2024/06/19 | 2024/06/12 | BANCO DE BOGOTA | 0 | 34,343,000 |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| Seccional: PRINCIPAL [17 Afiliados] | | | | | | $22,100,000 | $2,534,000 | | | $22,100,000 | $884,000 | | | $22,100,000 | $884,000 | | | $22,100,000 | $1,326,000 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: 0.96 [ 17 Afiliados] | | | | | | $22,100,000 | $2,534,000 | | | $22,100,000 | $884,000 | | | $22,100,000 | $884,000 | | | $22,100,000 | $1,326,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR [ 17 Afiliados] | | | | | | $22,100,000 | $2,534,000 | | | $22,100,000 | $884,000 | | | $22,100,000 | $884,000 | | | $22,100,000 | $1,326,000 | | $0 | $0 |
| 1 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 2 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 3 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 4 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 5 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 6 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 7 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 8 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 9 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 10 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 11 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 12 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 13 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 14 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 15 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 16 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| 17 | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $156,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $52,000 | [illegible] | [illegible] | $1,300,000 | $78,000 | [illegible] | $0 | $0 |
| Total | Afiliados( 17) | | | | | $22,100,000 | $2,534,000 | | | $22,100,000 | $884,000 | | | $22,100,000 | $884,000 | | | $22,100,000 | $1,326,000 | | $0 | $0 |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.065.127.702
PARRA DE LA HOZ
APELLIDOS
JOSE MANUEL
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-1988
EL COPEY
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-MAR-2007 EL COPEY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que JOSE MANUEL PARRA DE LA HOZ identificado(a) con CC 1065127702 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

**APORTANTE: JULIO VIGNA GARCIA SAS NI 900716765**

| Clave Planilla | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora | Concepto | Periodo | Días | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 9468492627 | 699255844 | E | 2024-06-12 | EPS | EPS037 | NUEVA E.P.S. | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-06 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9468492627 | 699255844 | E | 2024-06-12 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-05 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9468492627 | 699255844 | E | 2024-06-12 | ARL | 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-05 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9468492627 | 699255844 | E | 2024-06-12 | CCF | CCF15 | COMFACESAR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2024-05 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Este certificado se expide el día 2024-06-17 a las 18:06.

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) JOSE MANUEL PARRA DE LA HOZ identificado con CC 1065127702 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: 01/12/2012

IPS Cotizante: HOSPITAL SAN ROQUE - EL COPEY

Categoría: A

Estado: ACTIVO

| Beneficiarios | Identificación | IPS | Tipo Afiliado | Inicio Vig. | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| JOSE ANGEL PARRA TORRES | TI 1065137925 | HOSPITAL SAN ROQUE - EL COPEY | BENEFICIARIO | 01/06/2016 | ACTIVO |
| NIKOLL SARAY PARRA TORRES | TI 1065135575 | HOSPITAL SAN ROQUE - EL COPEY | BENEFICIARIO | 01/04/2014 | ACTIVO |
| KAROLL PATRICIA TORRES PEREZ | CC 1003194992 | HOSPITAL SAN ROQUE - EL COPEY | BENEFICIARIO | 01/06/2016 | ACTIVO |
| SEBASTIAN DAVID PARRA TORRES | TI 1065133263 | HOSPITAL SAN ROQUE - EL COPEY | BENEFICIARIO | 01/04/2014 | ACTIVO |

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes de mayo del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones**
Nueva EPS S.A

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

## CERTIFICA QUE:

**JOSE MANUEL PARRA DE LA HOZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.127.702**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

JMR S.A.S
Empresa de Salud Ocupacional
NIT: 900273056 - 3

# CONCEPTO APTITUD LABORAL



**Paciente:** JOSE MANUEL PARRA DE LA HOZ

**Identificación:** CC 1065127702

**Edad:** 35

**Cargo:** OPERADOR

**Empresa en labor:** JULIO VIGNA GARCIA S.A.S

**Empresa:** PARTICULAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. Orden** | 0038692 | **Fecha atención:** | 2023-05-19 07:47:29 |
| **Realizado en:** | Valledupar - Cesar | **Fecha salida:** | 2023-05-19 11:17:56 |
| **Tipo evaluación:** | Examen de ingreso orientado al riesgo trabajo en altura | | |

## Exámenes realizados

AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA TAMIZ,COLESTEROL TOTAL,EXAMEN FISICO CON ENFASIS TRABAJO EN ALTURAS,GLICEMIA,TRIGLICERIDOS

| Recomendaciones laborales: | Manejo por EPS/ARP: | Habitos y estilos de vida: | Incluir en SVE: |
|---|---|---|---|
| higiene postural estilo de vida saludable dieta y ejercicio extremar medidas de bioseguridad | No aplica | Dieta baja en carbohidratos Dieta baja en grasas Dieta baja en sodio Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada | No aplica |

## Restricciones laborales:

No aplica

## Concepto aptitud laboral:

Apto sin restricciones

## Aptitud para tareas especificas:

Apto para realizar trabajos en altura

## Observación:

PRUEBA PSICOSENSOMETRIA: El candidato durante el proceso de evaluación, no se evidencian alteraciones con las valoraciones requeridas.




Firma del especialista en salud ocupacional
**JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS**
Especialidad:
Licencia S.O: 2147 -Registro S.O: 4610

Firma del paciente
**JOSE MANUEL PARRA DE LA HOZ**
Identificación:CC 1065127702

*Jose Manuel Parra De La Hoz*
*C.C. No. 1.065.127.702 de El Copey, Cesar*



| | | |
|---|---|---|
| *NOMBRES* | : | *JOSE MANUEL* |
| *APELLIDOS* | : | *PARRA DE LA HOZ* |
| *FECHA DE NACIMIENTO* | : | *17 DE MAYO DEL 1988* |
| *LUGAR DE NACIMIENTO* | : | *El Copey, Cesar* |
| *EDAD* | : | *29 años* |
| *CEDULA DE CIUDADANIA* | : | *1.065.127.702 de El Copey, Cesar* |
| *ESTADO CIVIL* | : | *Casado* |
| *DIRECCIÓN* | : | *Carrera 30 N° 7-49* |
| *TELÉFONO* | : | *3005450187* |

*José Manuel Parra De La Hoz*

INFORMACIÓN ACADEMICA

FORMACIÓN BÁSICA SECUNDARIA

| | |
|---|---|
| • INSTITUCIÓN | IDESCO |
| • TITULO OBTENIDO | Bachiller Académico |
| • CIUDAD | El copey - Cesar |
| • AÑO | 2007 |

OTROS ESTUDIOS

| | |
|---|---|
| • INSTITUCIÓN | Sena |
| • CURSO | Operador Profesional de Retroexcavadora |
| • DURACION | 420 horas |
| • CIUDAD | Santamarta – Magdalena |
| • AÑO | 2009 |

*José Manuel Parra De La Hoz*

REFERENCIAS PERSONALES

Eliecer Ramos Pérez
Operador de Buldócer
Cel.: 3174550841
Agustín Codazzi - Cesar

Orlando Vargas Fajardo
Administrador
Cel.: 3174830467
El Copey - Cesar

REFERENCIAS FAMILIARES

Virgelina De La Hoz Mercado
Ama de casa
Cel.: 3157250140
El Copey - Cesar

Edwin Parra de la Hoz
Mecánico
Cel. 3004038383
El Copey - Cesar

José Manuel Parra De La Hoz
C.C No. 1.065.127.702 El Copey – Cesar



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.065.127.702
NUMERO
PARRA DE LA HOZ
APELLIDOS
JOSE MANUEL
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-MAY-1988
EL COPEY
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
15-MAR-2007 EL COPEY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO