Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Aramburo	Valencia	Emerson

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.192.753.940

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 23 MES 02 AÑO 1992

DEPTO Valle

MUNICIPIO Buenaventura

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Barrio Punta del Este cll. Colombia

PAÍS Colombia DEPTO Valle

MUNICIPIO Buenaventura

TELÉFONO 3153591699 EMAIL earamburovalencia@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Media
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o. X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 11 AÑO 2012

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Genipez Viterbo		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Caldas	Viterbo	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 2607259	DÍA 07 MES 06 AÑO 2017	DÍA 17 MES 09 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
	Administrador General.	Vereda El Socorro

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Administrador General	3	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Emerson Aramburo V.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REGIONAL VALLE
CENTRO NAUTICO PESQUERO DE BUENAVENTURA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 20015048 - 17/02/2017

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: EMERSON ARAMBURO VALENCIA, Con Cedula de Ciudadania No. 1.192.753.940

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGO EN ACUICULTURA

En constancia de lo anterior se firma la presente en Buenaventura, a los diecisiete (17) días del mes de febrero de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
ANA MILENA ALZATE OCAMPO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
- COLOMBIA

ANA MILENA ALZATE OCAMPO
Subdirectora G02 CENTRO NAUTICO PESQUERO DE BUENAVENTURA
REGIONAL VALLE

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 912600680858CC1192753940A.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EMERSON ARAMBURO VALENCIA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.192.753.940

Cursó y aprobó la acción de Formación

MOTORISTA COSTANEROS

con una duración de 200 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Buenaventura, a los diecinueve (19) dias del mes de noviembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
LUIS ENRIQUE MURILLO LOPEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

LUIS ENRIQUE MURILLO LOPEZ
SUBDIRECTOR
CENTRO NAUTICO PESQUERO DE BUENAVENTURA
REGIONAL VALLE

24314945 - 19/11/2014
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 912600849966CC1192753940C.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, SI usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20220322031192753940001

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. CC / No. DE DOCUMENTO 1192753940	PRIMER APELLIDO ARAMBURO
	SEGUNDO APELLIDO VALENCIA
PRIMER NOMBRE EMERSON	SEGUNDO NOMBRE
* FECHA NACIMIENTO AÑO 1992 MES 02 DIA 23	SEXO M (X) F ( ) / NACIONALIDAD COLOMBIA
EPS ACTUAL COOSALUD	AFP ACTUAL PORVENIR
DIRECCIÓN RESIDENCIA CL COLOMBIA PUNTA DEL ESTE	
DEPARTAMENTO VALLE	MUNICIPIO BUENAVENTURA
CELULAR O TELÉFONO FIJO 3153591699	CORREO ELECTRÓNICO EARAMBUROVALENCIA@GMAIL.COM

II. INFORMACION DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ( ) COMERCIAL ( ) CIVIL (X)	PÚBLICO ( ) PRIVADO (X) / SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ( ) NO (X)
* FECHA INICIO AÑO 2022 MES 03 DIA 22	* FECHA DE TERMINACIÓN AÑO ---- MES -- DIA -- / No. DE MESES ---
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO LUNES (X) MARTES (X) MIERCOLES (X) JUEVES (X) VIERNES (X) SABADO (X) DOMINGO (X)	DE 01:00 AM (X) PM ( ) HASTA 12:00 AM ( ) PM (X)
VALOR TOTAL ----------	VALOR MENSUAL $1000000 / * INGRESO BASE DE COTIZACIÓN $1000000
* ACTIVIDAD A EJECUTAR EMPRESAS DEDICADAS A LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS C	CÓDIGO 1724001
CARGO U OCUPACIÓN DISEÑADORES Y ADMINISTRADORES DE BASES DE DATOS	TAXISTA SI ( ) NO (X)
DIRECCIÓN INDEPENDENCIA	
DEPARTAMENTO VALLE	MUNICIPIO BUENAVENTURA

III. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. NI / No. DE DOCUMENTO 899999998 DV 4	* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO 1724001	La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)
DIRECCIÓN PRINCIPAL CL COLOMBIA PUNTA DEL ESTE	
DEPARTAMENTO BOGOTA D.C.	MUNICIPIO BOGOTA D.C.
TELÉFONO 3153591699 / FAX	CORREO ELECTRÓNICO POSITIVA@POSITIVA.GOV.CO
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. / No. DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

* Emerson A.
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE DE RIESGO	TARIFA
1724001	1	0,52200

* LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN

Autorizado por la Superintendencia Financiera para el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) ealizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. **Sí** [X] **No** [ ]

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. **Sí** [X] **No** [ ]

E. eclaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros torizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.
Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co
Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.
Contacto Proceso PQRD.

G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:

a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
c. Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
e. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, previa verificación por parte de la autoridad competente.
f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
g. Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de BUENAVENTURA a los (22) días del mes de MARZO del año 22

EMERSON ARAMBURO VALENCIA
Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

Emerson A.
Firma del Trabajador Independiente

ANEXO No. 1 FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES (FUIPSRL) FORMATO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS PARA LA AFILIACIÓN VOLUNTARIA DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	Fecha de radicación (aaaa mm dd)	20220322
	Fecha identificación de peligros (aaaa mm dd)	20220322

I. TIPO DE TRÁMITE

Tipo de trámite	Identificación de Peligros [ ]	Novedad [ ]

II NOVEDADES MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL FUIPSRL

Tipo de Novedad			
	[ ] Por cambio de ocupación u oficio	[ ] Suspensión contrato	[ ] Por Accidente de Trabajo o enfermedad laboral
	[ ] Identificación de un nuevo peligro.	[ ] Cambio de datos personales (dirección, teléfono)	

Fecha de novedad (aaaa mm dd) 20220322

II. DATOS DEL TRABAJADOR DONDE REALIZA LA OCUPACIÓN U OFICIO

Tipo documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] PE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ARAMBURO	VALENCIA	EMERSON	

Número de documento 1192753940

Dirección	Ciudad	Departamento
INDEPENDENCIA	BUENAVENTURA	VALLE

Fecha de nacimiento (dd mm aaaa) 23021992

Teléfono	Teléfono móvil	Correo electrónico
	3165626298	EARAMBUROVALENCIA@GMAIL.COM

Código Ocupacion u Oficio	Clase de riesgo	CIU-08	Dígitos Adicionales
	1	2521	01

Nombre de Ocupacion u Oficio a la cual se va a afiliar: DISEÑADORES Y ADMINISTRADORES DE BASES DE DATOS

Género [X] M [ ] F

Código EPS	Nombre EPS	Código AFP
ESSC24	COOSALUD	230301
Código ARL: 14-23	Nombre ARL: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	Nombre AFP: PORVENIR

III. INFORMACIÓN DE LUGAR DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

Dirección	Teléfono	Teléfono celular
CL COLOMBIA PUNTA DEL ESTE		3153591699
Ciudad BUENAVENTURA	**Departamento** VALLE	

IV. INFORMACIÓN DE DATOS CONYUGUE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE O ACUDIENTE

Tipo documento [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] PE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VALENCIA	CUERO	MAIRA	LUZ

Número de documento 1006192868

Dirección	Ciudad	Departamento	Teléfono
CAL COLOMBIA PUNTA DEL ESTE	BUENAVENTURA	VALLE	3232906505

V. IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (marque con una x unicamente los peligros a que se expone en su ocupación u oficio diaria)

V.I PELIGROS FISICOS

ENERGÍA MECÁNICA	ENERGÍA TÉRMICA	ENERGÍA ELECTROMAGNÉTICA
[X] RUIDO	[X] TEMPERATURA EXTREMA POR FRÍO	[X] RADIACIONES NO IONIZANTES
[X] VIBRACIÓN	[X] TEMPERATURA EXTREMA POR CALOR	[X] RADIACIONES IONIZANTES
[X] PRESIONES ATMOSFÉRICAS EXTREMAS		

V.II PELIGROS QUIMICOS

AGREGADOS MOLECULARES		MOLECULARES	
[X] AEROSOLES SÓLIDOS: Fibras polvos y humos	[ ] AEROSOLES LÍQUIDOS: Nieblas	[ ] GASES: Orgánicos o Inorgánicos	[X] VAPORES

V.III PELIGROS BIOLOGICOS

MICROORGANISMOS		ARTRÓPODOS		ANIMALES	
[X] VIRUS	[X] RICKETTSIAS	[X] CRUSTÁCEOS	[X] ROEDORES	[X] INVERTEBRADOS; Parásitos, Protozoos	[X] VEGETALES, Musgos, Helechos, Semillas
[X] BACTERIAS	[X] HONGOS	[X] ARÁCNIDOS		[X] VERTEBRADOS	

V.IV PELIGROS ERGONÓMICOS

CARGA FÍSICA	DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO
[X] ESTÁTICA: Posturas inadecuadas; prolongadas, mantenidas, inadecuadas, forzadas o extremas, antigravitacionales.	[X] PLANOS DE TRABAJO INADECUADO
[X] DINÁMICA: Inadecuada aplicación de fuerzas, Inadecuada movilización de cargas, Movimientos repetitivos.	[X] ESPACIOS DE TRABAJO INADECUADO

V.V PELIGROS DE SEGURIDAD

FISICO -QUIMICO	ELÉCTRICO	MECÁNICOS	LOCATIVOS
[X] INCENDIO	[X] ALTA TENSIÓN (> 57,5 Kilovoltios a 230 Kilovoltios)	[X] MAQUINAS Y EQUIPOS	[X] TRABAJO EN ALTURAS
[X] EXPLOSIÓN	[X] MEDIA TENSIÓN (< 1000 Voltios a <= 57,5 kilovoltios)	[X] HERRAMIENTAS (choques, golpes, aplastamientos)	[X] ORDEN Y ASEO
[X] FUGAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS	[X] BAJA TENSIÓN (= 25 Voltios A <= 1000 voltios)	[X] MECANISMOS EN MOVIMIENTO (Poleas, engranajes, piñones, etc)	[X] ALMACENAMIENTO DE MATERIALES (Distribución, Apilamiento)
[X] REACCIONES QUÍMICAS	[X] EQUIPOS ELÉCTRICOS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución)	[X] EQUIPOS Y LÍNEAS DE PRESIÓN (líneas de presión de aire o vapor, cilindros, etc)	[X] DISPOSICIÓN DE MÁQUINAS Y EQUIPOS (Señalización, Distribución área de trabajo)
	[X] TABLEROS ELÉCTRICOS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución)		[X] INSTALACIONES (área de Trabajo, Estructuras, Pisos, Paredes, Techos, Escaleras, etc)
	[X] INSTALACIONES ELÉCTRICAS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución)		

V.VI PELIGROS FENÓMENOS NATURALES	V.VII PELIGROS PÚBLICOS
[X] TERREMOTOS	[X] HURTO
[X] INUNDACIONES	[X] MANIFESTACIÓN
[X] AVALANCHAS	[X] TERRORISMO
[X] ERUPCIÓN VOLCÁNICA	[X] EXTORSIÓN Y BOLETEO
[X] TORMENTAS	[X] SECUESTRO

V. VIII PELIGROS PSICOSOCIAL FACTORES DE RIESGO					
MARQUE CON UNA X	SI	NO	MARQUE CON UNA X	SI	NO
CONDICIONES INTRALABORALES			CONDICIONES EXTRALABORALES		
Se maneja gran cantidad de información, es compleja y/o debe emplearse de manera simultánea	X		El tiempo dedicado a la familia y el descanso es escaso o limitado	X	
Se tiene responsabilidad por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas	X		Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo	X	
El trabajo y las condiciones en que se realiza implica un gran esfuerzo físico y fatiga	X		La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas	X	
Se expone a trato negativo del público y/o de compañeros de trabajo	X		El desplazamiento vivienda trabajo vivienda requiere mucho tiempo	X	
La comunicación con otras personas es escasa y/o conflictiva	X				
s jornadas de trabajo son extensas, en horario nocturno y/o sin descanso	X				
El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente	X				
Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada diaria	X				
CONTROL	SI	NO		SI	NO
El trabajo impide el desarrollo de habilidades y conocimientos	X		El esfuerzo realizado no corresponde con el salario	X	

CON ESTE FORMATO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EN LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS A LA CUAL USTED SE EXPONE EN LA OCUPACIÓN Y OFICIO QUE USTED REALIZA EN SU JORNADA LABORAL DIARIA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN DECRETO 1763 DEL 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.

Emerson A.	
Firma del Trabajador	Firma del Funcionario de la ARL

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EMERSON ARAMBURO VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.192.753.940**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Marzo del 2022.

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.

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

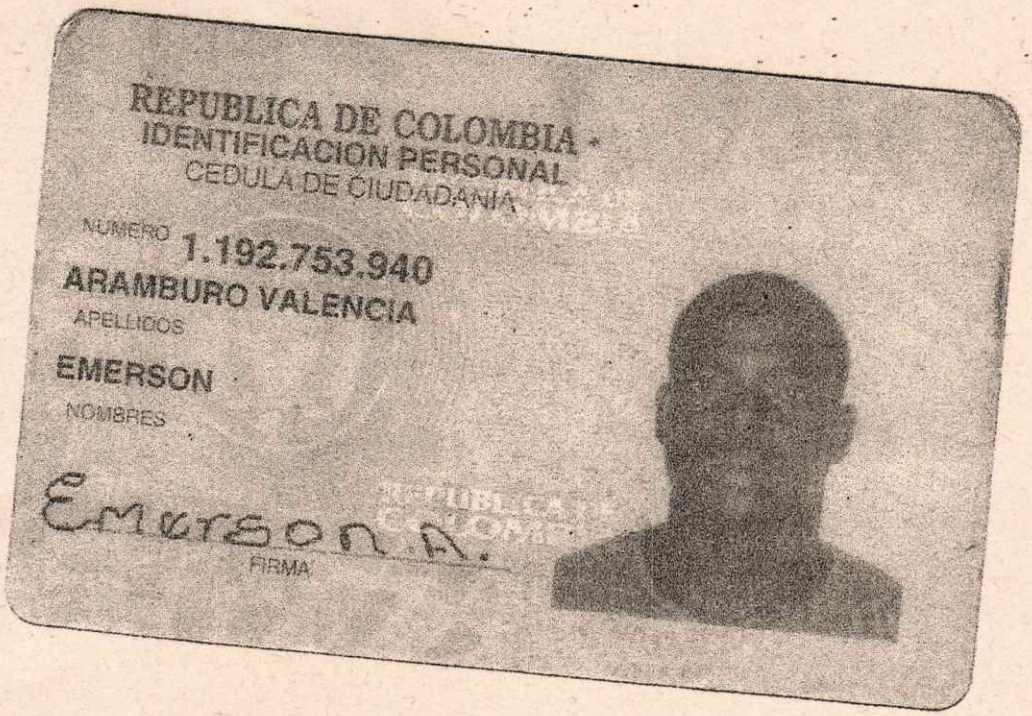
Tipo y No. de documento:	CC-1192753940
Nombres:	EMERSON
Apellidos:	ARAMBURO VALENCIA
No. de Carnet:	9809D5337A768145E053020213AC9A64
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2017-10-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	COOPERATIVA COMUNITARIA DEL PACIFICO COOMULCOPAC - COOPESALUD IPS
Departamento - Municipio:	VALLE-BUENAVENTURA
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el jueves, 16 de marzo de 2023, a solicitud del interesado y es válida hasta el domingo, 16 de abril de 2023

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.192.753.940

ARAMBURO VALENCIA
APELLIDOS

EMERSON
NOMBRES

Emerson A.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-FEB-1992

BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-AGO-2012 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3101900-00686257-M-1192753940-20150413 0043851015A 2 2973333426

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14836130345

(415)7707212489984(8020) 000001483613034 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 9 2 7 5 3 9 4 0	8	Impuestos y Aduanas de Buenaventura 3 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1192753940	2012 08 14

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Buenaventura 1 0 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARAMBURO	VALENCIA	EMERSON	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Buenaventura 1 0 9

41. Dirección principal: CL 6 6 140 BRR PUNTA DEL ESTE

42. Correo electrónico: earamburovalencia@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3153591699	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2		51. Código	52. Número establecimientos
8299	2015 11 04	0321	2015 11 04	5011			1311	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2022 - 07 - 05 / 11 : 16: 15

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ARAMBURO VALENCIA EMERSON
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-07-2022 11:17:20AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO