REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.002.236.617

RUBIO LOPEZ

APELLIDOS

LUIS FELIPE

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-SEP-2002

MALAMBO
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

16-FEB-2021 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-5200100-01308271-M-1002236617-20220718 0080079649A 1 8505133746

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 19 de Febrero 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 ARTIFICES CONSTRUCTORES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96%	
C1002236617	RUBIO LOPEZ LUIS FELIPE	15/02/2024		2480N221	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:C10022366172405032541

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 19/02/2024 09:02:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.29.243.86, 192.230.104.1, 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:

LUIS FELIPE RUBIO LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.236.617**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Febrero 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011821913	19|0|2|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliacion ☐ B.Reporte de Novedades ☒

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

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RUBIO (Primer apellido)	LOPEZ (Segundo apellido)	LUIS (Primer nombre)	FELIPE (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1002236817	Femenino ☐ Masculino ☒	0|3|0|9|2|0|0|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A	PORVENIR PPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 143 14 A 09	3011868	3011868143	LEITONANDRESALMAZO@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐	57	BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificación del conyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ARTIFICES CONSTRUCTORES SAS	NIT	901026147	01

39.Ubicación				
CR 3C ESTE 36H 60 S (Direccion)	3011868143 (Telefono)	GERENCIA.COMERCIAL@ARTIFICES.COM.CO (Correo electronico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

No de Radicacion
4011821913

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2016 12 10 24

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 economica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☒ Declaración de no internacion del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que 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 afiliacos adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

IPS. DIAGNOSTICO EMPRESARIAL OCUPACIONAL S.A.S
Licencia salud ocupacional
N° 6288 07/2019



CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución Nº 2346 de 2007 y Resolución 1918 de 2009

CERTIFICADO DE SALUD OCUPACIONAL PARA TRABAJO EN ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO	CIUDAD Y FECHA REALIZACION DEL EXAMEN	DD	MM	AAAA
ARTIFICES CONSTRUCTORES	BOGOTA	14	2	2024

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

NOMBRES Y APELLIDOS						IDENTIFICACION		
LUIS FELIPE RUBIO LOPEZ						TIPO	C.C.	1002236617
FECHA DE NACIMIENTO	3/09/2002	EDAD	21	AÑOS	SEXO	MASCULINO	X	FEMENINO

CARGO	EPS	ARL
MAESTRO	SALUD TOTAL	SURA

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	
REINTEGRO LABORAL		POST INCAPACIDAD		REUBICACION	

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIO A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXAMENES PRACTICADOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	MANEJO DE VOZ	
RESPIRATORIO		ESPIROMETRIA		OSTEOMUSCULAR	X
PSICOSENSOMETRICO		LABORATORIOS	X	OTRO	

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
MANTENER SU PESO	HIGIENE POSTURAL	HABITOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACION POR OPTOMETRIA POR SU EPS	PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL	DIETA BALANCEADA
CONTROL ANUAL POR MEDICINA GENERAL POR SU EPS	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	ACTIVIDAD FISICA MINIMO 20 MIN AL DIA

NOTA : Paciente que al momento de la consulta no presenta sintomatologia asociada con COVID 19 en los ultimos 15 dias ni a estado en contacto estrecho con personas sospechosas o confirmadas de COVID 19, según la circular 030 del 2020.

APTO SIN LIMITACIONES	X	APTO CON LIMITACIONES		APLAZADO	
NO APTO		APTO PARA ALTURAS	X	NO APTO PARA ALTURAS	
APTO ESPACIOS CONFINADOS		NO APTO ESPACIOS CONFINADOS			

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico 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 medico 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 mi 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 espacio en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dr. Alberto Mario Recalde Bucheli
Médico Especialista
En SO - SST UMA
LIC Num. 25-0851-2018
Gob. de Cund

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
Dr. ALBERTO MARIO RECALDE BUCHELI
CC. 12988862
L.S.O 25-0851/2018

FIRMA DEL TRABAJADOR
LUIS FELIPE RUBIO LOPEZ
C.C. 1002236617

CALLE 31 Sur. N°69 -63. Tel: 7069504 CEL 318 274 48 95. BOGOTA D.C.
Email: diagnosticocupacional@gmail.com
www.diagnostico empresarial ocupacional S.A.S

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:41:40 PM horas del 21/02/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1002236617**

Apellidos y Nombres: **RUBIO LOPEZ LUIS FELIPE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30562 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-ato@policia.gov.co

GAVAL
Centro de Formación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas S.A.S

NIT: 901.180.924-1
Actividad Economica 7020 - 6559

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA QUE

EL (LA) PARTICIPANTE:

LUIS FELIPE RUBIO LOPEZ

C.C. 1.002.236.617 de Villavicencio

ASISTIÓ Y APROBÓ LA:

CAPACITACION EN REENTRENAMIENTO DE TRABAJADORES EN ALTURAS RES. 4272

Intensidad 08 Horas

Realizado en Bogotá el día 15 de Febrero de 2024

Emitido en Bogotá a los 15 días del mes Febrero de 2024

RAZÓN SOCIAL: **ARTIFICES CONSTRUCCIONES SAS** NIT: **901028147-4**

REPRESENTANTE LEGAL: **PAULA TATIANA BAUTISTA MARIN** ARL: **SURA**

CERTIFICACIÓN ICONTEC NTC 6072
CS-CER 648768

Aprobación Ministerio de Trabajo No.
COR08SE2019220000000007287

NESTOR JAVIER TELLEZ
ENTRENADOR CERTIFICADO
LIC. S.O. 9896 18/12/2019

G14V02L24
TSA-REE-11008

JAVIER LEONARDO RIVEROS GUERRERO
REPRESENTANTE LEGAL

Para verificar la autenticidad de este certificado por favor enviar al correo electrónico gerenciagaval@gmail.com o comuniquese al teléfono fijo (601) 571 54 25. Cel 314 382 97 19. Cr 69 bis Numero 31-31 sur Barrio carvajal (Bogotá

minerva
10-03

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

www.formasminerva.com

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACION GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Rubio Lopez	Luis Felipe
Fecha de Nacimiento	**Lugar de Nacimiento**
03 09 2002	Barranquilla (Atlantico)
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Clle 130A # 158A - 50	Bogota
Teléfono	**No. Celular**
3009549516	3005590350
Correo electrónico	**Nacionalidad**
	colombiano
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
Oficios Varios	Soltero

Años de experiencia laboral

DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: [X] Extranjería: [ ]	N° 1002 236 617 Expedida en:	(*) Libreta militar N° 1002 236 617 Distrito N° 014	Primera clase: [X] Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Bachiller Basico Con experiencia laboral con ganas de trabajar y aportar su aprendisaje a la empresa.

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [X] — Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [ ] No [X]	Vive en casa: ¿Propia? [ ] ¿Familiar? [X] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador: Jairo	Teléfono / ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]	Describirlo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $800.000
¿Por qué conceptos? Arriendo, Servicio, Alimento.			¿Cuánto es su aspiración salarial? El asignado.
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		

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

5020016530

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

REV 03-2019

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

N° de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Nina Lopez	Ama de casa	

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Melane	Ama de casa	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria		10=		Obreros 10-30	Barranquilla
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]					
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Postgrados					

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

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

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

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

Sistemas Si [ ] No [X] ¿Que programas maneja?	1.	R [X] MB	3.	R [X] MB				
	2.	R [X] MB	4.	R [X] MB				
Idiomas Si [ ] No [X] ¿Que idioma(s) conoce?		Escucha		Lectura		Escritura		Habla
	1.	R [X] MB		R [X] MB		R [X] MB		R [X] MB
	2.	R [X] MB		R [X] MB		R [X] MB		R [X] MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE LA ULTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
SUNCHHEMICAL			

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Area del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $
Ayudante de Producción					

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato: Jesus Palomo — Cargo: Super Visora

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro: Motivos Personales

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Flores del Rio			

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato: Jaime Rojas | Cargo: Soper Visor

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro: Termino de contrato

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Artificas			

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato: Jhonatan Ariza | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro: termino de obra

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Melanie	Ama de casa		3052733030
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Alexandra Jimenez	ayudante Producción		3005590350
2.	Sandra Camargo	Ama de casa		3004914698

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción [ ]

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C.

minerva