

III. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) AIBA DARI POZEM	Profesión, ocupación u oficio ASESORA VENTAS	Empresa donde trabaja ACTUALMENTE SIN EMPLEO
Cargo actual HOGAR	Dirección EL NO # 6C-28Apt 28	Teléfono 3162974626
N° de personas que dependen económicamente del solicitante 4	Parentesco ESPOSA E HIJOS	Edades 41-15-13-2 AÑOS
Nombre(s) padre(s) TERESA OTALORA	Profesión, ocupación u oficio HOGAR	Teléfono(s) NO
Nombre(s) madre(s) ADOLFINO MARTINEZ	Profesión, ocupación u oficio HOGAR	Teléfono(s) 3043618169
Nombre(s) hermanos(s) ELISA MARTINEZ	Profesión, ocupación u oficio HOGAR	Teléfono(s) 3043618169

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1985	5	PRIMARIA	EL FLORES ESCUELA PUPA	PACHO (CUND)
Bachillerato Clásico ☐ Técnico ☐					
Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria 50 ABRAS	Nombre del programa INTRODUCCIÓN A LA VIGILANCIA	Institución INCOINSE		
¿Cursa estudios actualmente? SI ☐ No ☐	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa		
Nombre de la institución	Horario Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana A distancia ☐			
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio: R = Regular, B = Bien, MB = Muy Bien					
Sistemas SI ☐ No ☐	1.	R B MB	3.	R B MB	
¿Programa(s) que maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB	
Idiomas SI ☐ No ☐	1.	Lectura R B MB	Escritura R B MB	Hablado R B MB	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	

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

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

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

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

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

Nombre de la última o actual empresa GRUPO EMPRESARIAL DE TABAcos-74	Dirección DE TABAcos-74	Teléfono(s) 7432060
Nombre de su jefe inmediato MARIA ANTONA HERNANDEZ	Cargo JEFE	Fecha de ingreso 14 M 11 2014
Total tiempo servido 3 AÑOS	Sueldo inicial \$ MINIMO	Sueldo final o actual \$ MINIMO
Carga(s) desempeñada(s) por usted OPERARIO ASESOR		
Funciones realizadas RECIBIR RESIDUOS - ASEO DE BANCOS, ORGANIZACION DE OFICINA		
Logros obtenidos RESPONSABILIDAD Y COMPLIEMENTO		
Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál? Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☒		
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐		
Motivo del retiro VOLUNTARIO		
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)		

Nombre de la empresa SEASING LITDA	Dirección BUCARAMANGA	Teléfono(s)
Nombre de su jefe inmediato ADRIANA VALENCIA	Cargo SUPERVISORA	Fecha de ingreso 26 M 02 2018
Total tiempo servido 1 AÑO	Sueldo inicial \$ MINIMO	Sueldo final o actual \$ MINIMO
Carga(s) desempeñada(s) por usted OPERARIO DE ASEO		
Funciones realizadas RECIBIR RESIDUOS, ASEO DE DIFERENTES LOCACIONES ASIGNADAS		
Logros obtenidos RESPONSABILIDAD Y COMPLIEMENTO		
Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál? Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☒		
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐		
Motivo del retiro TERMINACIÓN CONTRATO		
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)		

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Nombre de su jefe inmediato	Cargo	Fecha de ingreso D M A
Total tiempo servido	Sueldo inicial \$	Sueldo final o actual \$
Carga(s) desempeñada(s) por usted		
Funciones realizadas		
Logros obtenidos		
Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál? Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐		
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐		
Motivo del retiro		
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)		
INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)		
¿Entidad promotora de salud (EPS)? Si ☐ No ☐	¿Fondo de pensiones? Si ☐ No ☐	¿Fondo de cesantías? Si ☐ No ☐
¿Cuál?	¿Cuál?	¿Cuál?
Fecha de afiliación: Cotizante ☐ Beneficiario ☐	Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:

minerva

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.-	Nombre DIANA MILENA BARRETO	Ocupación HOGEAL	Dirección EL 10 # 6-82	Teléfono 3142347493
2.-	Nombre FLORESMILIO FLORES	Ocupación EMPLEADO	Dirección EL 10 # 6-82	Teléfono 3123370489
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
3.-	Nombre AIDA BOLTEIA	Ocupación HOGEAL	Dirección T.308 EL 10 # 6C-28	Teléfono 3162974626

Verificación (Espacio exclusivo para el empleador)

1.-	
2.-	
3.-	

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.



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

Ingrese su Hoja de Vida en: **ALIADOLABORAL.COM**
www.aliadolaboral.com

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

Efraim Martinez
C.C. **11 520 635** **PACHECO**

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

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

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO: R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien														
Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos
Puntualidad	R	B	MB	R	B	MB	Desempeño en cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Presentación	R	B	MB	R	B	MB	Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Aspectos de vigor y salud	R	B	MB	R	B	MB	Se ajusta al perfil	R	B	MB	R	B	MB	
Facilidad de expresión	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA									
Primer entrevistador									
Segundo entrevistador									

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

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

minerva®

10-03

www.formasminerva.comHOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en computador

Fecha D M A	Empleo o cargo en el que está interesado EL ASIGNADO	Código cargo
----------------	--	--------------

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante MARTINEZ OTALORA	Nombre(s) del aspirante EFRAIN
Lugar y fecha de nacimiento	
Dirección domicilio / Barrio KV 10 # 6C-28 TORRES APT. 308	Ciudad JOACHA
Teléfono	No. Celular
Correo electrónico	Nacionalidad COLOMBIANO
Profesión, ocupación u oficio OPERARIO ASEG	(*) Estado civil UNION LIBRE
	Años de experiencia laboral BAÑOS.



DOCUMENTACION			
Cédula de ciudadanía: ☒ N° 11 520 635	(**) Libreta militar N° 11 520 635	Primera clase: ☒	
Extranjería: ☐ Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: ☐	
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si ☐ No ☐	Licencia de conducción N°	Categoría

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☒ No ☐	¿En qué empresa? OUTSOURCING SEAGINE LTDA	Empleado ☒ Independiente ☐	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☒ No ☐	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si ☒ No ☐	Fecha D M A	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si ☒ No ☐
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No ☐		Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☐ Amigo ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida? BOGOTA	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? BOGOTA	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si ☐ No ☐	
Vive en casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☒ ¿Alquilada? ☐	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☐	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 900.000	
¿Por qué conceptos? VIUENDA, ALIMENTACION, GASTOS A LOS HIJOS, VESTUARIO	¿Cuál es su principal afición? FUTBOL	¿Practica algún deporte? Si ☐ No ☒	¿Cuál es su aspiración salarial? \$ EL ASIGNADO
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Si ☐ No ☒ ¿Cuál(es)?			
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si ☐ No ☒ ¿Cuál(es)?			

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

UBICARME LABORALMENTE PARA ASI BRINDARLE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA A MIS HIJOS

minerva®

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

REV. 04/2010

09653548



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
11.520.635
NUMERO
MARTINEZ OTALORA
APELLIDOS
EFRAIN
NOMBRES


FIRMA


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-1969
PACHO
(CUNDINAMARGA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 O- M
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-OCT-1988 PACHO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS BALBUENA VALE

A-1524700-43156543-M-0011520635-20070226 02587 07057D 02 205904473

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 04 de abril de 2019, a las 19:37:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	11520635
Código de Verificación	11520635190404193722

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.


SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO

INSTITUCIÓN

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:42:43 horas del 04/04/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 11520635

Apellidos y Nombres: MARTINEZ OTALORA EFRAIN

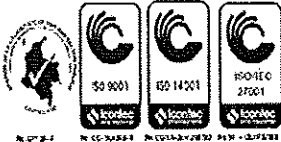
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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.



Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia, Bogotá DC
Atención administrativa de
lunes a viernes de 8:00 am -
12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al
Ciudadano - Bogotá D.C.
5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910
112
Requerimientos ciudadanos



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 106219016



WEB
16:35:02
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de febrero del 2018

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) EFRAIN MARTINEZ OTALORA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 11520835:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. 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 174 Ley 734 de 2002).

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>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

5.

()

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer

Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida

Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

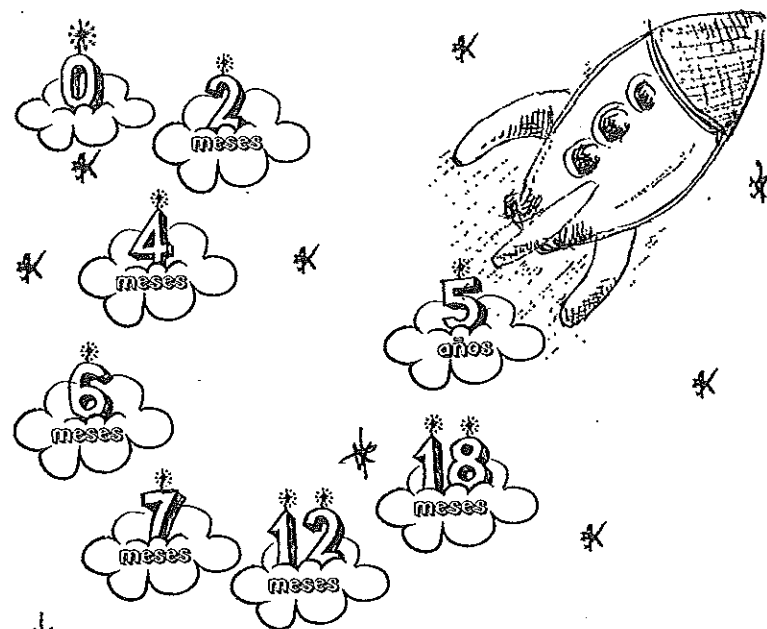
Fecha verificación:

Profesional que verificó:

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como: Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- * Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- * En Colombia todos los días son días de vacunación.
- * Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25



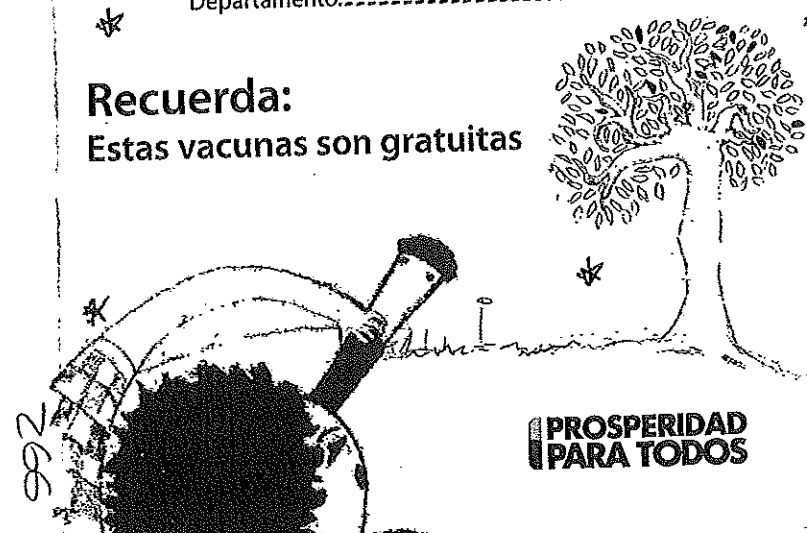
MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Fredy Muñoz O
Fecha de nacimiento: 31 MAR 1969
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 6.5.11520.635
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: "O" negativo
Peso al nacer: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Responsable: _____
Municipio de residencia: _____
Departamento: _____

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD
PARA TODOS

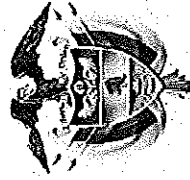
Nombre:

Registro Civil:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita			Nombre del Vacunador
			Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Tuberculosis B.C.G.	Única										
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	1ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª										
	Rotavirus	1ª										
	Neumococo	1ª										
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	2ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª										
	Rotavirus	2ª										
	Neumococo	2ª										
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
	Polio (Oral - IM)	3ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª										
	Influenza	1ª										
7 Meses	Influenza	2ª										
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª										
	Fiebre Amarilla	1ª										
	Neumococo	Refuerzo										
	Influenza	Anual										
	Hepatitis A	ÚNICA										
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo										
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo										
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª										
	VPH	2ª										
	VPH	3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003.
otorga

Certificado de Competencia Laboral a

EFRAIN MARTINEZ OTALORA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 11.520.635

Quien demostró su Competencia Laboral en la

Norma

NIVEL AVANZADO - Aplicar procesos de higienización de según programa establecido y normatividad vigente.

Código: 290801025

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en **BOGOTÁ D.C.**, A los veinte (20) días del mes de Febrero de dos mil dieciocho (2018)

240047 - 20/02/2018 No Y FECHA REGISTRO	Firmado Digitalmente por GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA Autenticidad del Documento Bogotá - Colombia	VIGENCIA 20 de Febrero de 2021
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD REGIONAL DISTRITO CAPITAL		

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 940300290801025CC11520635C.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga*

Certificado de Competencia Laboral a

EFRAIN MARTINEZ OTALORA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 11520635

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL INTERMEDIO - Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa

Código: 210601020 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los once (11) días del mes de Diciembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

743623 - 11/12/2019
No Y FECHA REGISTRO

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
Subdirector CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Vigencia:
hasta el 11 de Diciembre de 2022

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 940600210601020CC11520635C.

Original
Cadastral
de E.S.H.
269
ORS.

ACTA DECLARACIÓN JURAMENTADA CON FINES
EXTRAPROCESALES No. 1511. JUNIO 19 DE 2013

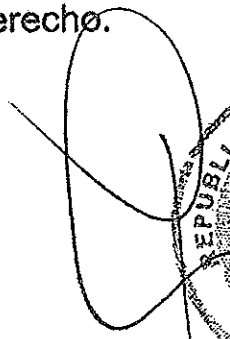
Ante mí, **DANIEL R. PALACIOS RUBIO**, Notario 29 de Bogotá, D.C. COMPARECIÓ, **EFRAIN MARTINEZ OTALORA**, con cédula de ciudadanía 11.520.635 de Pacho, domiciliado(a) y residente en Bogotá, en la TRANSVERSAL 13 A No. 2 B – 21 SOACHA, Tel: 7216911, estado civil: SOLTERO CON UNIÓN MARITAL DE HECHO, de Profesión EMPLEADO, y manifestó su voluntad de declarar bajo juramento en los términos del Decreto 1557 de 1989; numeral 130, Art. 1, Decreto 2282 de 1989 y Art. 299 del Código de Procedimiento Civil, en la siguiente forma:

1.- Que me encuentro en la plenitud de mis facultades mentales y no tengo impedimento legal alguno para formular la siguiente declaración, aceptando expresamente las consecuencias penales por falsedad y falso testimonio y civiles a que haya lugar, en caso de manifestar hechos que no sean ciertos, con destino a: **QUIEN INTERESE**.

2.- A sabiendas de la responsabilidad que asumo DECLARO: Que curse quinto de primaria, en la Escuela del municipio de Pacho, vereda el Florido, en el año de 1985.

Finalmente, procedí a revisar mi declaración y aprobándola íntegramente, firmo y estampo mi huella Índice Derecho.

DECLARANTE



EFRAIN MARTINEZ OTALORA
c.c. 11520635



DANIEL R. PALACIOS RUBIO,
NOTARIO 29 BOGOTA D.C.

IMPORTANTE: LEA ATENTAMENTE SU DECLARACION. UNA VEZ FUERA DE LA NOTARÍA NO SE ACEPTAN

CAMBIOS, CORRECCIONES, NI RECLAMOS

Derechos Notariales \$ 10.200 Iva \$ 1.632 Total \$ 11.832

