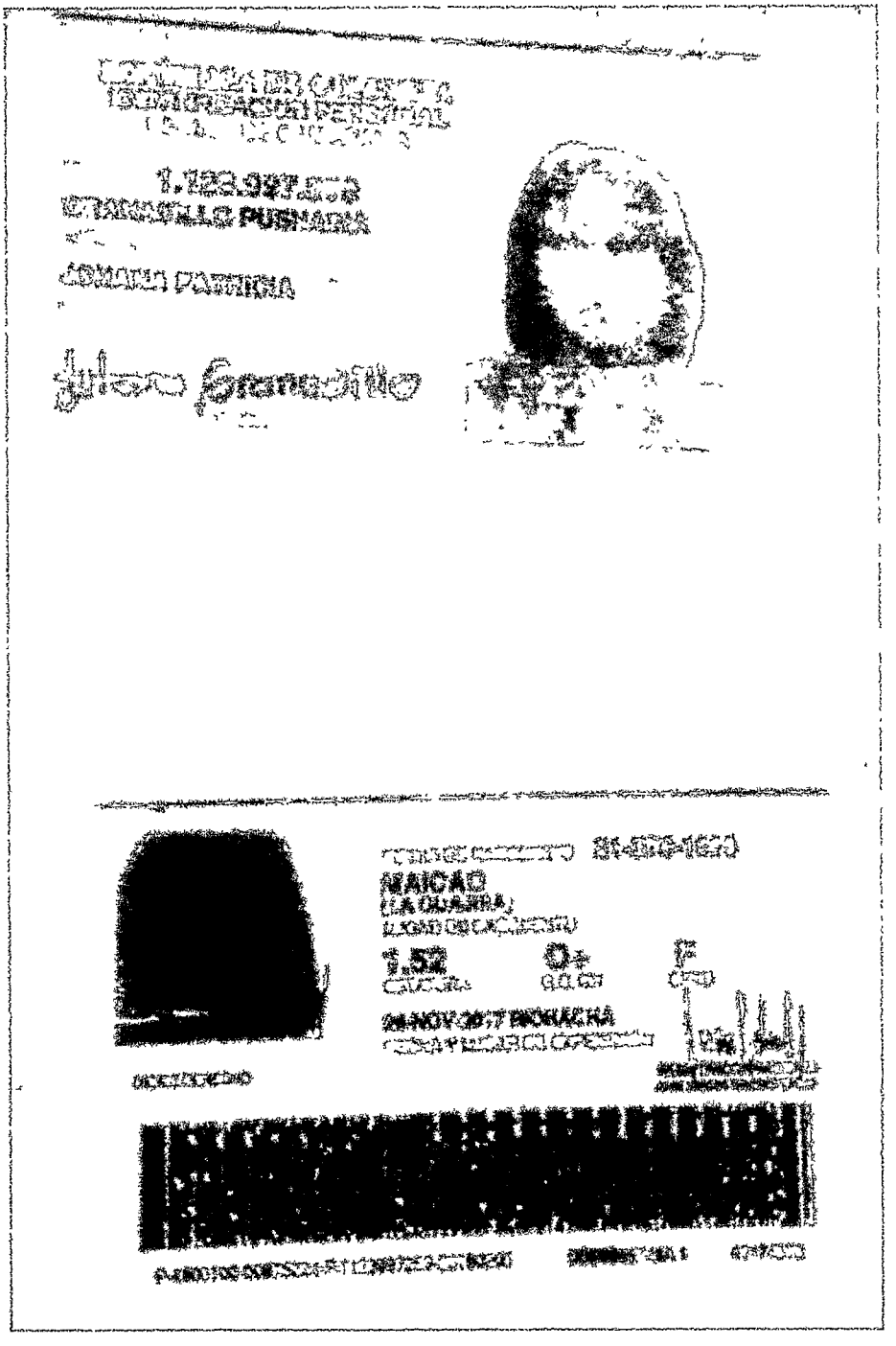
institución educativa ,todo acto considerado inmoral tipificado como delito en el código penal colombiano **OCTAVA**. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en el artículo 7° del Decreto 2351 de 1965; y, además, por parte del EMPLEADOR, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el espacio reservado para cláusulas adicionales en el presente contrato. **NOVENA**. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por EL EMPLEADOR de conformidad con el numeral 8° del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. EL TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida EL EMPLEADOR dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del TRABAJADOR y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos 4 mínimos del TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990. **DÉCIMA**. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre EMPLEADORES y TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Las partes suscriben.el presente documento, a los 12 (doce) días del mes de febrero de 2025.

HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO
REPRESENTANTE LEGAL

Johana Granadillo

JOHANA PATRICIA GRANADILLO PUSHAINA
CC No 1.123.997.259



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
GRANADILLO	PUSHAINA	JOHANA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No. 1.123.997.259

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ PAÍS COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 31 MES 12 AÑO 1998

PAÍS COLOMBIA

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO MAICAO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 7B N 41-13

PAÍS COLOMBIA DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO RIOHACHA

TELÉFONO 3003412033

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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11	MES 10 AÑO 2019

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 IDIOMA[illegible] (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
WAYUUNAIKI			X			X			X

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

EMPARESA O ENTIDA	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTALMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFON0	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UT WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2024		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
LA GUAJIRA	RIOHACHA	utwatsunjira@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 13 MES 03 AÑO 2024	DÍA 08 MES 12 AÑO 2024

CARGO	*DEPENDENCA*	*DIRECCIÓN*
AUX. SERVICIOS GENERALES	INST. ETN. RURAL PRESIARU	*KM 23 VIA RIOHACHA - MAICAO*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETI*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO	*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 ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		09
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		09

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO (x) 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).

Johana Granadillo

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

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 264127693

PIB
08:12:43

Bogotá DC, 12 de febrero del 2025

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) JOHANA PATRICIA GRANADILLO PUSHAINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1123997259:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

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 miércoles 12 de febrero de 2025, a las 08:11:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1123997259
Código de Verificación	1123997259250212081138

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:31:30 AM horas del 22/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1123997259**

Apellidos y Nombres: **GRANADILLO PUSHAINA JOHANA PATRICIA**

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. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/02/2025 08:13:59 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1123997259 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **110311730** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:58:12 horas del 18/03/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1123997259,** Apellidos y Nombres **GRANADILLO PUSHAINA JOHANA PATRICIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **UNION TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025,** con NIT **901905849-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

ANAS WAYUU E.P.S.I. EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDIGENA

ANAS WAYUU E.P.S.I. ASEGURAMIENTO

No. De Radicación	Fecha de Radicación
071905	18/03/2025

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliacion	3. Régimen
A. Afiliación [✓] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual : - Cotizante o Cabeza de Familia [✓] - Beneficairio o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [✓] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
GRANADILLO	PUSHAINA	JOHANA	PATRICIA
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1123997259	Femenino [✓] Masculino [ ]	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
Wayu	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	1,433,159

18. Residencia

Direccion	Telefono Ffjo	Telefono celular	Correo electrónico
Km 23 vía Riohacha/Maicao		3012417586	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
MANAURE	Urbana [✓] Rural [ ]	Comunidad Presiaru	LA GUAJIRA

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue 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 [ ]	

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					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Telefono 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	Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN 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 documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
UT WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025	NIT	901905849-9	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRA 7B # 41-09	3012593602	utwatsunjira@gmail.com	RIOHACHA	LA GUAJIRA

VIGILADO Supersalud

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOHANA PATRICIA GRANADILLO PUSHAINA** identificado con **CC** No. **1123997259,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025 - NI. 901905849	**Fecha de inicio de cobertura :** 13/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013349235.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
MIS_4.1.3_FR15 V_010

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:

JOHANA PATRICIA GRANADILLO PUSHAINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.997.259**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Marzo del 2025.

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.

Comfaguajira
Familias felices

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y NUCLEO FAMILIAR
Gestion de Aportes y Subsidio Monetario

GSM-FOR-007

Versión 17, Fecha: Mayo del 2023

ESTE FORMULARIO FUE DILIGENCIADO EN LINEA

RADICADO N° 202503250017840 6

I. TIPO DE TRABAJADOR

DEPENDIENTE _____ SERVICIO DOMÉSTICO _____ MADRE COMUNITARIA _____ VETERANO _____

II. TIPO DE NOVEDAD

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR _____ AUMENTO DE PERSONAS A CARGO _____ TRASPASO O REINTEGRO _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR *(Todos los campos son obligatorios)*

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT X CC ____ CE ____ PP ____ P.E.P ____ P.P.T ____

NÚMERO DE DOCUMENTO: 901905849

SUCURSAL PLANILLA ÚNICA: 001

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: UNION TEMPORAL CANASTSA PARCIAL 2025

IV. DATOS DEL TRABAJADOR *(Todos los campos son obligatorios excepto correo electrónico, barrio y teléfono)*

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GRANADILLO	PUSHAINA	JOHANA	PATRICIA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ____ CC X CE ____ PP ____ P.E.P ____ P.P.T ____

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1123997259

MADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO _____

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: DIA 12 MES 02 AÑO 2025

SALARIO BÁSICO: 1433159

TIPO DE CONTRATO: FIJO X INDEFINIDO ____

JORNADA DE TRABAJO: MEDIO TIEMPO _____ TIEMPO COMPLETO X

DIRECCIÓN RESIDENCIA: KM 23 # -

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: MANAURE

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA: CESAR

BARRIO: COMUNIDAD PRESIARU

TELÉFONO:

CELULAR: 3017262940

CORREO ELECTRÓNICO: UTWATSUNJIRA@GMAIL.COM

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA. 31 MES. 12 AÑO. 1998

LUGAR DE NACIMIENTO: MAICAO

SECTOR: RURAL ____ X ____ URBANO

CAPACIDAD DE TRABAJO: NO DISCAPACIDAD X DISCAPACITADO _____

TIPO DE DISCAPACIDAD: NINGUNA

SEXO: M ____ F X ____

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ____ HOMOSEXUAL ____ BISEXUAL ____

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ____ ROM O GITANO ____ INDIGENA ____ X ____ NINGUNA O SIN PERTENENCIA ÉTNICA ____ RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA ____

ESTADO CIVIL: CASADO ____ SOLTERO X SEPARADO ____ UNION LIBRE ____ VIUDO ____ DIVORCIADO ____

RESGUARDO

PUEBLO INDIGENA: WAYUU (GUAJIRO, GUJIRO, UAIRA)

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA _____ ARRENDADA _____ FAMILIAR ____ X ____ HIPOTECA _____

TIPO DE EDIFICACIÓN: CASA _____ APARTAMENTO _____ CONJUNTO RESIDENCIAL _____ RANCHERIA ____ X ____

NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO _____ PREESCOLAR _____ BÁSICA PRIMARIA _____ BÁSICA PSECUNDARIA ____ X ____ E. MEDIA _____ TECNICA _____ TECNOLOGO _____ PROFESIONAL _____ POSGRADO _____

EDUCACIÓN FORMAL ____ X ____ EDUCACIÓN INFORMAL _____ EDUCACIÓN NO FORMAL _____ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH _____

OCUPACION _____ PROFESIONAL _____ POSGRADO _____

PROFESIÓN (Diligencie en caso que su nivel educativo sea técnico tecnólogo, profesional o posgrado): BACHILLER

CARGO: AUXILIAR SERVICIOS GENERALES

FACTOR DE VULNERABILIDAD:

DESPLAZADO _____ NO DESPLAZADO _____ DESMOVILIZADO _____ CABEZA DE FAMILIA ____ X ____ DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL _____ POBLACION MIGRANTE POBBLACION ZONAS FRONTERAS _____

V. DATOS DEL CONYUGE _____ **COMPAÑERO(A)** _____ ***RESPONSABLE DEL MENOR*** _____

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I ____ C.C ____ C.E ____ P.P ____ P.E.P ____

NÚMERO DE DOCUMENTO:

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: MES: AÑO:

ENCARGADO (A) DEL HOGAR: SI ____ NO ____

DESEMPLEADO (A): SI ____ NO ____

DEPENDIENTE: SI ____ NO ____

DIRECCIÓN RESIDENCIA:

TELÉFONO:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:

NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO _____ PREESCOLAR _____ BÁSICA PRIMARIA _____ BÁSICA PSECUNDARIA _____ E. MEDIA _____ TECNICA _____ TECNOLOGO _____ PROFESIONAL _____ POSGRADO _____

EDUCACIÓN FORMAL _____ EDUCACIÓN INFORMAL _____ EDUCACIÓN NO FORMAL _____ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH _____

OCUPACION

VI. MEDIO DE PAGO DE SUBSIDIO MONETARIO

Autorizo a COMFAGUAJIRA a utilizar mi número de celular _____ para cancelar el subsidio monetario a través de:

_____ Daviplata (Davivienda) _____ Ahorro a la mano (Bancolombia)

NOTA: DARÁN DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR LAS PERSONAS A CARGO DE LOS TRABAJADORES BENEFICIARIOS TALES COMO: HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.

VII. PERSONAS A CARGO (HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.) *(Todos los campos son obligatorios)*

** Las personas a cargo que no se relacionen en el formato no se les garantiza la prestacion de los servicios y el pago del subsidio monetario.*

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NUMERO	SEXO: F	SEXO: M	SEXO: I	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	FECHA DE NACIMIENTO: MES	FECHA DE NACIMIENTO: DIA	PARENTESCO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	GRADO DE ESCOLARIDAD

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es veridica y autorizo a COMFAGUAJIRA a que verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la ley

HUELLA

* Autorizó a Comfaguajira a utilizar los datos aquí registrados para que sean tratados de manera confidencial, segura, leal y transparente en los términos y condiciones señalados en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para el desarrollo de campañas promocionales, ofertas de servicios y programas de fidelización diseñadas, implementadas y administradas por COMFAGUAJIRA o terceros autorizados.

* Autorizo el envio de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: Número de teléfono móvil o fijo, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnologia y que tenga registrados en sus bases de datos. Así mismo Autorizo me sean notificadas personalmente todas las decisiones y situaciones originadas como afiliada a la Caja de Compensación Familiar de la Guajira, al siguiente correo electrónico: _____. Cualquier cambio en la dirección electronica o cualquier otro medio de contacto deberé ser notificada a Comfaguajira. " SI X NO _____

Firma del usuario _____

"La huella aplica en caso de no poder firmar"

Manifiesto que conozco todos los requisitos para la afiliación del trabajador y de sus personas a cargo.

EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS

EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA PERSONA A CARGO DEL MENOR

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

* El campo firma persona a cargo del menor, Aplica en caso de Renuncia del trabajador a la afiliación.

CAMPOS PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAGUAJIRA

RECIBIDO UIS	RECIBIDO OPTO DE APORTES Y SUBSIDIO	FECHA PRIMER SUBSIDIO	DIGITADO POR
FIRMA	FIRMA		FIRMA

Causales de rechazo o devolución de la afiliación

* Que los documentos no estén completos.

* Que no estén legibles, con tachones, corrector y/o enmendaduras

* Que no esté totalmente diligenciado

OBSERVACIONES

2

Union Temporal Watsunjira

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN (1) AÑO

Acuerdo laboral No.	**011**	**Fecha de inicio:**	**12/02/2025**
Documento de Identidad	**40.950.630**	**Fecha finalización:**	**07/12/2025**
Nombre:	**RITA MARIA PEÑARANDA URIANA**		
Cargo:	**AUXILIAR SERVICIOS GENERALES**		
Institución Educativa:	**Institución Etnoeducativa Rural Presiaru**		
Sede:	**Principal**	**Municipio:**	**Manaure**
Remuneración:	**$ 1.433.159,44**	**Subsidio de transporte:**	**$200.000**
Valor total del Contrato:	**$16.113.839,81 (DIECISÉIS MILLONES CIENTO TRECE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON OCHENTA Y UN CENTAVO) M/I**		
Duración:	**Nueve (9) meses y Veintiséis (26) días**		

Entre los suscritos a saber: **UNIÓN TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025,** identificada con el número de identificación tributaria No 901.905.849-9. Representada Legalmente por **HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 17.975.697 Expedida en el municipio de Villanueva - La Guajira de una parte, y quien en adelante se denominará EL EMPLEADOR, por la otra, **RITA MARIA PEÑARANDA URIANA** identificada con la cedula de ciudadanía No **40.950.630** quien en adelante se denominará EL TRABAJADOR, se ha convenido celebrar el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA. GENERALIDADES** EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR según las siguientes CONSIDERACIONES; las actividades se desarrollarán en ejecución del CONTRATO No C01 PCCNTR. 7447504 de 2025 cuyo OBJETO ES **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADMINISTRAR EL SERVICIO EDUCATIVO - CANASTA PARCIAL DE LA POBLACIÓN ÉTNICA MATRICULADA EN EL CENTRO ETNOEDUCATIVO RURAL PRESIARU UBICADO EN EL MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA, PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA EDUCACIÓN PROPIA EN EL MARCO DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO INDÍGENA PROPIO (SEIP) DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL DECRETO 2500 DE 2010, CONTENIDO EN EL DECRETO 1075 DE 2015"**, CONTENIDO Y SUSCRITO CON EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA **SEGUNDA OBJETO** el presente contrato tiene por objeto la contratación laboral del trabajador para que este preste sus servicios como Aux. Servicios Generales en la sede Principal y otras sedes de la Institución Etnoeducativa Rural Presiaru **TERCERA OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: 1 OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR. *Son obligaciones especiales del empleador:1. Poner a disposición del trabajador, salvo estipulación en contrario, los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.2. Procurar a los trabajadores locales apropiados y elementos adecuados de protección contra los accidentes y enfermedades profesionales en forma que se garanticen razonablemente la seguridad y la salud.3. Prestar inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.4. Pagar la remuneración pactada en las condiciones, períodos y lugares convenidos.5. Guardar absoluto respeto a la dignidad personal del trabajador, a sus creencias y sentimientos.6. Conceder al trabajador las licencias necesarias para el ejercicio del sufragio; para el desempeño de cargos oficiales transitorios de forzosa aceptación; en caso de grave calamidad doméstica debidamente comprobada; o para asistir al entierro de sus familiares en las*

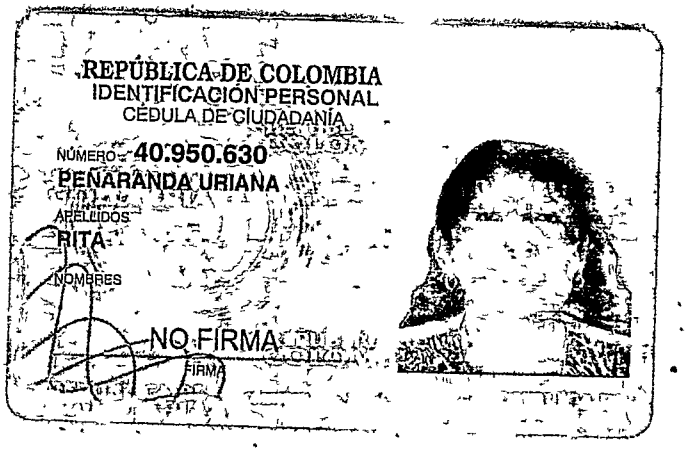
condiciones que establece la ley 7. Dar al trabajador que lo solicite, a la expiración de contrato, una certificación en que consten el tiempo de servicio, la índole de la labor y el salario devengado; e igualmente, si el trabajador lo solicita, hacerle practicar examen sanitario y darle certificación sobre el particular, si al ingreso o durante la permanencia en el 9. Cumplir el reglamento y mantener el orden, la moralidad y el respeto a las leyes.2 **OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR**. Son obligaciones especiales del trabajador :1. Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados; observar los y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de modo particular la impartan el empleador o sus representantes, según el orden jerárquico establecido.2. No comunicar con terceros, salvo la autorización expresa, las informaciones que tenga sobre su trabajo; especialmente sobre las cosas que sean de naturaleza reservada o cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios al empleador, lo que no obsta para denunciar delitos comunes o violaciones del contrato o de las normas legales del trabajo ante las autoridades competentes.3 Conservar y restituir un buen estado, salvo el deterioro natural, los instrumentos y útiles que le hayan sido facilitados y las materias primas sobrantes 4 Guardar rigurosamente la moral en las relaciones con sus superiores y compañeros.5. Comunicar oportunamente al empleador las observaciones que estime conducentes a evitarle daños y perjuicios.6. Prestar la colaboración posible en casos de siniestro o de riesgo inminente que afecten o amenacen las personas o cosas de la empresa o establecimiento.7. Observar las medidas preventivas higiénicas prescritas por el médico del patrono o por las autoridades del ramo; y 8 Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o de enfermedades profesionales. **FUNCIONES ESPECIFICAS DEL TRABAJADOR** son funciones específicas del trabajador las siguientes: a) realizar el aseo en los salones oficinas y demás instalaciones de la sede donde presta sus servicios ,b) mantener los baños ,duchas en excelentes condiciones de aseo y mantener en ellos los útiles de aseo c) clasificar la basura empacando desechos orgánicos, papeles , materiales sólidos en bolsas separadas d) responder por los elementos a su cargo e informar sobre cualquier anormalidad y deterioro que estos presenten y solicitar oportunamente su reposición o reparación según sea el caso ,e) mantener en buen estado de limpieza y aseo los muebles y enceres ,ventanas ,cortinas ,entre otros ,f) prestar el servicio de cafetería a los funcionarios en sus oficinas g) j) utilizar la ropa de trabajo o dotación asignada a los trabajadores ,y acatar las órdenes e instrucciones ,circulares ,protocolos manuales reglamentos impartidos por el empleador y los directivos docentes de la institución donde preste los servicios el trabajador siempre y cuando estos estén en sintonía con las funciones establecidas en el presente contrato **CUARTA :SALARIO Y PRESTACIONES SOCIALES** ,el trabajador devengara por su servicio prestado la suma de **($1.633.159,44)** Que incluye subsidio de transporte y tendrá derecho a todas las prestaciones sociales contempladas en el código sustantivo del trabajo ,**PARAGRAFO UNO**, Los días no laborados sin justa causa podrán ser deducidos del salario por parte del empleador, **QUINTA PERIODO DE PRUEBA** ;Las partes acuerdan un periodo de prueba de prueba de 50 días que no es superior a la quinta parte del termino inicial del contrato ,ni excede dos meses ,durante este periodo el empleador y el trabajador podrán dar terminado el referido contrato, de conformidad con el artículo 80 del código sustantivo de trabajo **,SEXTA DURACION** ,La duración del presente contrato es la establecida en la parte superior del presente contrato y contara a partir de la fecha de inicio de labores ,No obstante el trabajador decide dar por terminado el presente contrato ,deberá notificar al empleador su decisión 30 días antes, **SEPTIMA FALTAS GRAVES** ,Se consideran faltas graves las siguientes : llegar en estado de embriaguez o consumir bebidas embriagantes o alucinógenos en la sede de la institución educativa

,todo acto considerado inmoral tipificado como delito en el código penal colombiano **OCTAVA**. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en el artículo 7° del Decreto 2351 de 1965; y, además, por parte del EMPLEADOR, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el espacio reservado para cláusulas adicionales en el presente contrato. **NOVENA**. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por EL EMPLEADOR de conformidad con el numeral 8° del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. EL TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida EL EMPLEADOR dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del TRABAJADOR y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos 4 mínimos del TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990. **DÉCIMA**. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre EMPLEADORES y TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Las partes suscriben el presente documento, a los 12 (doce) días del mes de febrero de 2025.

HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO
REPRESENTANTE LEGAL

RITA MARIA PEÑARANDA URIANA
CC No 40.950.630



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

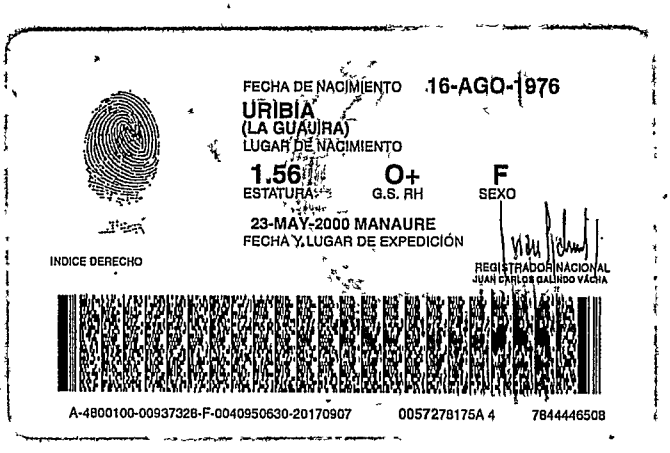
NÚMERO 40.950.630

PEÑARANDA URIANA
APELLIDOS

RITA
NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1976

URIBIA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-MAY-2000 MANAURE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-4800100-00937328-F-0040950630-20170907 0057278175A 4 7844446508

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
PEÑARANDA	URIANA	RITA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (•) C.E ( ) PAS ( ) No. 40950630	F (•) M ( )	COL. (•) EXTRANJERO ( )	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE [ ] SEGUNDA CLASE [ ] NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
FECHA	DÍA 16 MES 08 AÑO 1976	COMUNIDAD LANCELIA KM.29 VIA RIOHACHA-MAICAO	
PAÍS	Colombia	PAÍS Colombia	DEPTO
DEPTO	LA GUAJIRA	MUNICIPIO MANAURE - LA GUAJIRA	
MUNICIPIO	URIBIA	TELÉFONO 3126417893	EMAIL dailisvanegas_95@hotmail.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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o	10	11	MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] [ ]

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
WAYUNAIKI			X			X			X

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 ELACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ARTESANIAS	☐	☒	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
LA GUAJIRA	MANAIRE	DAILISVANEGAS@HOTMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3126417893	DÍA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐	DÍA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
VENTA DE ARTESANIAS		LANCELIA KM 29 VIA RIOHACHA-MAICAO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Union temporal Watsunjira	☐	☐	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
La Guajira	Riohacha	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 13 MES 03 AÑO 2024	DÍA 08 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Servicios Generales	Administrativa	

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
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2 0	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2 0	

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).

Ciudad y fecha de diligenciamiento RIOHACHA - LA GUAJIRA 05/02/2025



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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 265022715

PIB
13:04:38

Bogotá DC, 22 de febrero del 2025

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) RITA PEÑARANDA URIANA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40950630.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS WILLIAM RODRIGUEZ MILLAN
Jefe (C) División de Relacionamiento con el Ciudadano

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.

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 sábado 22 de febrero de 2025, a las 13:03:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40950630
Código de Verificación	4095063025022213032 2

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:05:51 PM horas del 22/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **40950630**

Apellidos y Nombres: **PEÑARANDA URIANA RITA**

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. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/02/2025 01:02:34 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40950630 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **111121102** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:10:14 horas del 18/03/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40950630,** Apellidos y Nombres **PEÑARANDA URIANA RITA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **UNION TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025,** con NIT **901905849-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

ANAS WAYUU EPSI — EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDIGENA — Yamiru Epiekerawaa Sukat

ANAS WAYUU EPSI — UNA E.P.S.I. ASEGURAMIENTO

No. De Radicación	Fecha de Radicación
071909	18 03 2025

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliacion	3. Régimen
A. Afiliación [✓] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual : - Cotizante o Cabeza de Familia [✓] - Beneficairio o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [✓] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [✓] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
PEÑARANDA	URIANA	RITA	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 40950630	9. sexo: Femenino [ ] Masculino [✓]	10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
Wayu	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	1,433,159

18. Residencia

Direccion	Telefono Fijo	Telefono celular	Correo electrónico
Km 29 vía Riohacha/Maicao		3126417893	dailisvanegas_95@hotmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
MANAURE	Urbana [✓] Rural [ ]	Comunidad Lancelia	LA GUAJIRA

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue 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 [ ]	

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		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Telefono Fijo y/o Celular	
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 DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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)
UT WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025	NIT	901905849-9	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRA 7B # 41-09	3012593602	utwatsunjira@gmail.com	RIOHACHA	LA GUAJIRA

VIGILADO Supersalud

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **RITA MARIA PEÑARANDA URIANA** identificado con **CC** No. **40950630,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025 - NI. 901905849	**Fecha de inicio de cobertura :** 13/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013349269.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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:

RITA PEÑARANDA URIANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **40.950.630**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Comfaguajira
Familias felices

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y NUCLEO FAMILIAR
Gestion de Aportes y Subsidio Monetario

GSM-FOR-007

Versión 17, Fecha: Mayo del 2023

ESTE FORMULARIO FUE DILIGENCIADO EN LINEA

RADICADO N° 20250325000178413

I. TIPO DE TRABAJADOR

DEPENDIENTE _____ SERVICIO DOMÉSTICO _____ MADRE COMUNITARIA _____ VETERANO _____

II. TIPO DE NOVEDAD

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR _____ AUMENTO DE PERSONAS A CARGO _____ TRASPASO O REINTEGRO _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR *(Todos los campos son obligatorios)*

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT X CC ___ CE ___ PP ___ P.E.P ___ P.P.T ___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 901905849

SUCURSAL PLANILLA ÚNICA: 001

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: UNION TEMPORAL CANASTSA PARCIAL 2025

IV. DATOS DEL TRABAJADOR *(Todos los campos son obligatorios excepto correo electrónico, barrio y teléfono)*

PRIMER APELLIDO: PEÁ | SEGUNDO APELLIDO: ARANDA | PRIMER NOMBRE: URIANA | SEGUNDO NOMBRE: RITA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ___ CC X CE ___ PP ___ P.E.P ___ P.P.T ___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 40950630

MADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO ___

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: DIA 12 MES 02 AÑO 2025

SALARIO BÁSICO: 1433159

TIPO DE CONTRATO: FIJO X INDEFINIDO ___

JORNADA DE TRABAJO: MEDIO TIEMPO ___ TIEMPO COMPLETO X

DIRECCIÓN RESIDENCIA: KM 29 # -

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: MANAURE

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA: LA GUAJIRA

BARRIO: COMUNIDAD LANCELIA

TELÉFONO:

CELULAR: 3216498214

CORREO ELECTRÓNICO: UTWATSUNJIRA@GMAIL.COM

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 16 MES 08 AÑO 1976

LUGAR DE NACIMIENTO: URIBIA

SECTOR: RURAL ___ X___ URBANO ___

CAPACIDAD DE TRABAJO: NO DISCAPACIDAD X DISCAPACITADO ___

TIPO DE DISCAPACIDAD: NINGUNA

SEXO: M ___ F X I ___

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ___ HOMOSEXUAL ___ BISEXUAL ___

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ___ ROM O GITANO ___ INDIGENA ___ NINGUNA O SIN PERTENENCIA ETNICA X RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA ___

ESTADO CIVIL: CASADO ___ SOLTERO ___ SEPARADO ___ UNIÓN LIBRE X VIUDO ___ DIVORCIADO ___

RESGUARDO

PUEBLO INDIGENA: WAYUU (GUAJIRO, GUJIRO, UAIRA)

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ___ ARRENDADA ___ FAMILIAR X HIPOTECA ___

TIPO DE EDIFICACIÓN: CASA ___ APARTAMENTO ___ CONJUNTO RESIDENCIAL ___ RANCHERIA X

NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO ___ PREESCOLAR ___ BÁSICA PRIMARIA ___ BÁSICA SECUNDARIA X E. MEDIA ___ TECNICA ___ TECNOLOGO ___ PROFESIONAL ___ POSGRADO ___

EDUCACIÓN FORMAL X EDUCACIÓN INFORMAL ___ EDUCACIÓN NO FORMAL ___ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH ___

OCUPACION ___ PROFESIONAL ___ POSGRADO ___

PROFESIÓN (Diligencie en caso que su nivel educativo sea técnico, tecnológico, profesional o posgrado): BACHILLER

CARGO: AUXILIAR SERVICIOS GENERALES

FACTOR DE VULNERABILIDAD:

DESPLAZADO ___ NO DESPLAZADO ___ DESMOVILIZADO ___ CABEZA DE FAMILIA ___ DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL ___ POBLACION MIGRANTE POBBLACION ZONAS FRONTERAS ___

V. DATOS DEL CONYUGE ___ COMPAÑERO(A) ___ *RESPONSABLE DEL MENOR* ___

PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I ___ C.C ___ C.E ___ P.P ___ P.E.P ___

NÚMERO DE DOCUMENTO:

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: MES: AÑO:

ENCARGADO (A) DEL HOGAR: SI ___ NO ___

DESEMPLEADO (A): SI ___ NO ___

DEPENDIENTE: SI ___ NO ___

DIRECCIÓN RESIDENCIA:

TELÉFONO:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:

NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO ___ PREESCOLAR ___ BÁSICA PRIMARIA ___ BÁSICA SECUNDARIA ___ E. MEDIA ___ TECNICA ___ TECNOLÓGO ___ PROFESIONAL ___ POSGRADO ___

EDUCACIÓN FORMAL ___ EDUCACIÓN INFORMAL ___ EDUCACION NO FORMAL ___ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH ___

OCUPACION

VI. MEDIO DE PAGO DE SUBSIDIO MONETARIO

Autorizo a COMFAGUAJIRA a utilizar mi número de celular_____ para cancelar el subsidio monetario a través de:

___ Daviplata (Davivienda)

___ Ahorro a la mano (Bancolombia)

NOTA: DARÁN DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR LAS PERSONAS A CARGO DE LOS TRABAJADORES BENEFICIARIOS, TALES COMO: HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.

VII. PERSONAS A CARGO (HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.) *(Todos los campos son obligatorios)*

** Los personas a cargo que no se relacionen en el formato no se les garantiza la prestacion de los servicios y el pago del subsidio monetario.*

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD NUMERO	SEXO F	SEXO M	SEXO I	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	FECHA DE NACIMIENTO MES	FECHA DE NACIMIENTO DIA	PARENTESCO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	GRADO DE ESCOLARIDAD

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es veridica y autorizo a COMFAGUAJIRA a que verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la ley

* Autorizó a Comfaguajira a utilizar los datos aquí registrados para que sean tratados de manera confidencial, segura, leal y transparente en los términos y condiciones señalados en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para el desarrollo de campañas promocionales, ofertas de servicios y programas de fidalización diseñadas, implementadas y administradas por COMFAGUAJIRA o terceros autorizados.

* Autorizo el envio de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: Número de teléfono móvil o fijo, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnologia y que tenga registrados en sus bases de datos. Así mismo Autorizo me sean notificadas personalmente todas las decisiones y situaciones originadas como afiliada a la Caja de Compensacion Familiar de la Guajira, al siguiente correo electrónico:_____. Cualquier cambio en la dirección electronica o cualquier otro medio de contacto deberé ser notificado a Comfaguajira. * SI X NO ___

Firma del usuario _____

HUELLA

*La huella aplica en caso de no poder firmar

Manifiesto que conozco todos los requisitos para la afiliación del trabajador y de sus personas a cargo.

EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS

FIRMA DEL TRABAJADOR

EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS

FIRMA PERSONA A CARGO DEL MENOR

* El campo firma persona a cargo del menor, Aplica en caso de Renuncia del trabajador a la afiliación.

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

CAMPOS PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAGUAJIRA

RECIBIDO UIS	RECIBIDO DPTO DE APORTES Y SUBSIDIO	FECHA PRIMER SUBSIDIO	DIGITADO POR
FIRMA	FIRMA		FIRMA

Causales de rechazo o devolución de la afiliación

* Que los documentos no estén completos.

* Que no estén legibles, con tachones, corrector y/o enmendaduras

* Que no esté totalmente diligenciado

OBSERVACIONES

Union temporal Watsunjira

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN (1) AÑO

Acuerdo laboral No.	**012**	**Fecha de inicio:**	**12/02/2025**
Documento de Identidad	**56.100.925**	**Fecha finalización:**	**07/12/2025**
Nombre:	**VIVIANA EPIAYU URIANA**		
Cargo:	**AUXILIAR SERVICIOS GENERALES**		
Institución Educativa:	**Institución Etnoeducativa Rural Presiaru**		
Sede:	**Principal**	**Municipio:**	**Manaure**
Remuneración:	**$ 1.433.159,44**	**Subsidio de transporte:**	**$200.000**
Valor total del Contrato:	**$16.113.839,81 (DIECISÉIS MILLONES CIENTO TRECE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON OCHENTA Y UN CENTAVO) M/I**		
Duración:	**Nueve (9) meses y Veintiséis (26) días**		

Entre los suscritos a saber: **UNIÓN TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025,** identificada con el número de identificación tributaria No 901.905.849-9. Representada Legalmente por **HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 17.975.697 Expedida en el municipio de Villanueva - La Guajira de una parte, y quien en adelante se denominará EL EMPLEADOR, por la otra, **VIVIANA EPIAYU URIANA** identificada con la cedula de ciudadanía No **56.100.925** quien en adelante se denominará EL TRABAJADOR, se ha convenido celebrar el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA. GENERALIDADES** EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR según las siguientes CONSIDERACIONES; las actividades se desarrollarán en ejecución del CONTRATO No C01 PCCNTR. 7447504 de 2025 cuyo OBJETO ES **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADMINISTRAR EL SERVICIO EDUCATIVO - CANASTA PARCIAL DE LA POBLACIÓN ÉTNICA MATRICULADA EN EL CENTRO ETNOEDUCATIVO RURAL PRESIARU UBICADO EN EL MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA, PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA EDUCACIÓN PROPIA EN EL MARCO DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO INDÍGENA PROPIO (SEIP) DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL DECRETO 2500 DE 2010, CONTENIDO EN EL DECRETO 1075 DE 2015"**, CONTENIDO Y SUSCRITO CON EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA **SEGUNDA OBJETO** el presente contrato tiene por objeto la contratación laboral del trabajador para que este preste sus servicios como Aux. Servicios Generales en la sede Principal y otras sedes de la Inst. Etnoeducativa Rural Presiaru **TERCERA OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: 1 OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR. *Son obligaciones especiales del empleador: 1. Poner a disposición del trabajador, salvo estipulación en contrario, los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.2. Procurar a los trabajadores locales apropiados y elementos adecuados de protección contra los accidentes y enfermedades profesionales en forma que se garanticen razonablemente la seguridad y la salud.3. Prestar inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.4. Pagar la remuneración pactada en las condiciones, períodos y lugares convenidos.5. Guardar absoluto respeto a la dignidad personal del trabajador, a sus creencias y sentimientos.6. Conceder al trabajador las licencias necesarias para el ejercicio del sufragio; para el desempeño de cargos oficiales transitorios de forzosa aceptación; en caso de grave calamidad doméstica debidamente comprobada; o para asistir al entierro de sus familiares en las condiciones*

*que establece la ley 7. Dar al trabajador que lo solicite, a la expiración de contrato, una certificación en que consten el tiempo de servicio, la índole de la labor y el salario devengado; e igualmente, si el trabajador lo solicita, hacerle practicar examen sanitario y darle certificación sobre el particular, si al ingreso o durante la permanencia en el 9. Cumplir el reglamento y mantener el orden, la moralidad y el respeto a las leyes.*2 **OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR**. Son obligaciones especiales del trabajador: 1. Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados; observar los y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de modo particular la impartan el empleador o sus representantes, según el orden jerárquico establecido.2. No comunicar con terceros, salvo la autorización expresa, las informaciones que tenga sobre su trabajo, especialmente sobre las cosas que sean de naturaleza reservada o cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios al empleador, lo que no obsta para denunciar delitos comunes o violaciones del contrato o de las normas legales del trabajo ante las autoridades competentes.3 Conservar y restituir un buen estado, salvo el deterioro natural, los instrumentos y útiles que le hayan sido facilitados y las materias primas sobrantes 4 Guardar rigurosamente la moral en las relaciones con sus superiores y compañeros.5. Comunicar oportunamente al empleador las observaciones que estime conducentes a evitarle daños y perjuicios.6. Prestar la colaboración posible en casos de siniestro o de riesgo inminente que afecten o amenacen las personas o cosas de la empresa o establecimiento.7. Observar las medidas preventivas higiénicas prescritas por el médico del patrono o por las autoridades del ramo; y 8 Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o de enfermedades profesionales. **FUNCIONES ESPECIFICAS DEL TRABAJADOR** son funciones específicas del trabajador las siguientes: a) realizar el aseo en los salones oficinas y demás instalaciones de la sede donde presta sus servicios ,b) mantener los baños ,duchas en excelentes condiciones de aseo y mantener en ellos los útiles de aseo c) clasificar la basura empacando desechos orgánicos, papeles , materiales sólidos en bolsas separadas d) responder por los elementos a su cargo e informar sobre cualquier anormalidad y deterioro que estos presenten y solicitar oportunamente su reposición o reparación según sea el caso ,e) mantener en buen estado de limpieza y aseo los muebles y enceres ,ventanas ,cortinas ,entre otros ,f) prestar el servicio de cafetería a los funcionarios en sus oficinas g) j) utilizar la ropa de trabajo o dotación asignada a los trabajadores ,y acatar las órdenes e instrucciones ,circulares ,protocolos manuales reglamentos impartidos por el empleador y los directivos docentes de la institución donde preste los servicios el trabajador siempre y cuando estos estén en sintonía con las funciones establecidas en el presente contrato **CUARTA :SALARIO Y PRESTACIONES SOCIALES** ,el trabajador devengara por su servicio prestado la suma de **($1.462.000)** Que incluye subsidio de transporte y tendrá derecho a todas las prestaciones sociales contempladas en el código sustantivo del trabajo ,**PARAGRAFO UNO**, Los días no laborados sin justa causa podrán ser deducidos del salario por parte del empleador, **QUINTA PERIODO DE PRUEBA** ;Las partes acuerdan un periodo de prueba de prueba de 50 días que no es superior a la quinta parte del termino inicial del contrato ,ni excede dos meses ,durante este periodo el empleador y el trabajador podrán dar terminado el referido contrato, de conformidad con el artículo 80 del código sustantivo de trabajo **,SEXTA DURACION** ,La duración del presente contrato es la establecida en la parte superior del presente contrato y contara a partir de la fecha de inicio de labores ,No obstante el trabajador decide dar por terminado el presente contrato ,deberá notificar al empleador su decisión 30 días antes, **SEPTIMA FALTAS GRAVES** ,Se consideran faltas graves las siguientes : llegar en estado de embriaguez o consumir bebidas embriagantes o alucinógenos en la sede de la institución educativa

,todo acto considerado inmoral tipificado como delito en el código penal colombiano **OCTAVA**. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en el artículo 7º del Decreto 2351 de 1965; y, además, por parte del EMPLEADOR, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el espacio reservado para cláusulas adicionales en el presente contrato. **NOVENA**. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por EL EMPLEADOR de conformidad con el numeral 8º del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. EL TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida EL EMPLEADOR dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del TRABAJADOR y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos 4 mínimos del TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1º de la Ley 50 de 1990. **DÉCIMA**. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1º, es lograr la justicia en las relaciones entre EMPLEADORES y TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Las partes suscriben el presente documento, a los 12 (doce) días del mes de febrero de 2025.

HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO
REPRESENTANTE LEGAL

VIVIANA EPIAYUURANA
CC No 56.400[illegible]

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **56.100.925**
EPIAYU URIANA

APELLIDOS
VIVIANA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **06-MAR-1962**
URIBIA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

13-MAR-1997 MANAURE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-48001100-00295781-F-0056100925-20110425 0026781550A 1 7851226643

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESAP

ENTIDAD RECEPTORA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
EPIAYU	URIANA	VIVIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No.57.100.925

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ *PAÍS* COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 06 MES 03 AÑO 1962

PAÍS COLOMBIA

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO URIBIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Comunidad Yurutsira

PAÍS COLOMBIA DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO Manaure TELÉFONO _____

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	x11	MES ____ AÑO ____

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 IDIOMA

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

(**B**) O MUY BIEN (**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

EMPARESA O ENTIDA	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA		*X*	*COLOMBIA*

DEPARTALMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
LA GUAJIRA	RIOHACHA	utwatsunjira@gmail.com

TELÉFONO	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3012593602	DÍA 13 MES 03 AÑO 2024	DÍA 08 MES 12 AÑO 2024

CARGO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	INST. ETN. RURAL PRESIARU	CRA 7B N 41-09

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA		X	*COLOMBIA*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
LA GUAJIRA	MANAURE	utwatsunjira@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3012593602	DÍA 20 MES 04 AÑO 2023	DÍA 19 MES 12 AÑO 2023

CARGO	*DEPENDENCA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETI*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO	*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 ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		17
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		17

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO (x) 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).



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

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 18 de marzo de 2025, a las 08:46:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	56100925
Código de Verificación	561009252503180846 26

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:47:55 AM horas del 18/03/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **56100925**
Apellidos y Nombres: **EPIAYU URIANA VIVIANA**

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. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/03/2025 08:50:21 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **56100925 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **112656051 .** La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:36:52 horas del 18/03/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **56100925,** Apellidos y Nombres **EPIAYU URIANA VIVIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **UNION TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025**, con NIT **901905849-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Colombia compra eficiente GOV.CO

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **VIVIANA EPIAYU URIANA** identificado con **CC** No. **56100925,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025 - NI. 901905849	**Fecha de inicio de cobertura :** 13/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013349317.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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:

VIVIANA EPIAYU URIANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **56.100.925**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Comfaguajira
Familias felices

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y NUCLEO FAMILIAR
Gestion de Aportes y Subsidio Monetario

Versión 17, Fecha: Mayo del 2023

ESTE FORMULARIO FUE DILIGENCIADO EN LINEA

GSM-FOR-007

RADICADO N° 2025032500178417

I. TIPO DE TRABAJADOR

DEPENDIENTE _____ SERVICIO DOMÉSTICO _____ MADRE COMUNITARIA _____ VETERANO _____

II. TIPO DE NOVEDAD

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR _____ AUMENTO DE PERSONAS A CARGO _____ TRASPASO O REINTEGRO _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR *(Todos los campos son obligatorios)*

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT X CC ____ CE ____ PP ____ P.E.P ____ P.P.T ____

NÚMERO DE DOCUMENTO: 901905849

SUCURSAL PLANILLA ÚNICA: 001

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: UNION TEMPORAL CANASTSA PARCIAL 2025

IV. DATOS DEL TRABAJADOR *(Todos los campos son obligatorios excepto correo electrónico, barrio y teléfono)*

PRIMER APELLIDO: EPIAYU

SEGUNDO APELLIDO: URIANA

PRIMER NOMBRE: VIVIANA

SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ____ CC X CE ____ PP ____ P.E.P ____ P.P.T ____

NÚMERO DE DOCUMENTO: 56100925

MADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO ____

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: DIA 12 MES 02 AÑO 2025

SALARIO BÁSICO: 1433159

TIPO DE CONTRATO: FIJO X INDEFINIDO ____

JORNADA DE TRABAJO: MEDIO TIEMPO ____ TIEMPO COMPLETO X

DIRECCIÓN RESIDENCIA: KM 38 # -

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: MANAURE

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA: LA GUAJIRA

BARRIO: COMUNIDAD YURUTSIRA

TELÉFONO:

CELULAR: 3004441849

CORREO ELECTRÓNICO: UTWATSUNJIRA@GMAIL.COM

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 06 MES: 03 AÑO: 1962

LUGAR DE NACIMIENTO: URIBIA

SECTOR: RURAL X URBANO ____

CAPACIDAD DE TRABAJO: NO DISCAPACIDAD X DISCAPACITADO ____

TIPO DE DISCAPACIDAD: NINGUNA

SEXO: M ____ F X I ____

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ____ HOMOSEXUAL ____ BISEXUAL ____

PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ____ ROM O GITANO ____ INDIGENA ____ NINGUNA O SIN PERTENENCIA ETNICA X RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA ____

ESTADO CIVIL: CASADO ____ SOLTERO X SEPARADO ____ UNIÓN LIBRE ____ VIUDO ____ DIVORCIADO ____

RESGUARDO:

PUEBLO INDIGENA: WAYUU (GUAJIRO, GUJIRO, UAIRA)

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ____ ARRENDADA ____ FAMILIAR X HIPOTECA ____

TIPO DE EDIFICACIÓN: CASA ____ APARTAMENTO ____ CONJUNTO RESIDENCIAL ____ RANCHERIA X

NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO ____ PREESCOLAR ____ BÁSICA PRIMARIA X BÁSICA SECUNDARIA ____ E. MEDIA ____ TECNICA ____ TECNOLOGO ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____

EDUCACIÓN FORMAL X EDUCACIÓN INFORMAL ____ EDUCACIÓN NO FORMAL ____ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH ____

PROFESIÓN (Diligenciar en caso que su nivel educativo sea técnico, tecnológico, profesional o posgrado):

OCUPACION ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____

AMA DE CASA

CARGO: AUXILIAR SERVICIOS GENERALES

FACTOR DE VULNERABILIDAD: DESPLAZADO ____ NO DESPLAZADO ____ DESMOVILIZADO ____ CABEZA DE FAMILIA X DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL ____ POBLACION MIGRANTE POBBLACION ZONAS FRONTERAS ____

V. DATOS DEL CONYUGE ____ COMPAÑERO(A) ____ *RESPONSABLE DEL MENOR* ____

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: NOMBRES:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ____ CC ____ CE ____ P.P ____ P.E.P ____

NÚMERO DE DOCUMENTO:

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: MES: AÑO:

ENCARGADO (A) DEL HOGAR: SI ____ NO ____

DESEMPLEADO (A): SI ____ NO ____

DEPENDIENTE: SI ____ NO ____

DIRECCIÓN RESIDENCIA:

TELÉFONO:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:

MUNICIPIO DE RESIDENCIA:

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:

NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO ____ PREESCOLAR ____ BÁSICA PRIMARIA ____ BÁSICA SECUNDARIA ____ E. MEDIA ____ TECNICA ____ TECNOLÓGO ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____

EDUCACIÓN FORMAL ____ EDUCACIÓN INFORMAL ____ EDUCACION NO FORMAL ____ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH ____

OCUPACION

VI. MEDIO DE PAGO DE SUBSIDIO MONETARIO

Autorizo a COMFAGUAJIRA a utilizar mi número de celular _____ para cancelar el subsidio monetario a través de:

____ Daviplata (Davivienda) ____ Ahorro a la mano (Bancolombia)

NOTA: DARÁN DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR LAS PERSONAS A CARGO DE LOS TRABAJADORES BENEFICIARIOS TALES COMO: HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.

VII. PERSONAS A CARGO (HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.) *(Todos los campos son obligatorios)*

** Las personas a cargo que no se relacionen en el formato no se les garantiza la prestacion de los servicios y el pago del subsidio monetario.*

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD NUMERO	SEXO F	SEXO M	SEXO I	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	FECHA DE NACIMIENTO MES	FECHA DE NACIMIENTO DIA	PARENTESCO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	GRADO DE ESCOLARIDAD

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es veridica y autorizo a COMFAGUAJIRA a que verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la ley

* Autorizó a Comfaguajira a utilizar los datos aquí registrados para que sean tratados de manera confidencial, segura, leal y transparente en los términos y condiciones señalados en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para el desarrollo de campañas promocionales, ofertas de servicios y programas de fidelización diseñadas, implementadas y administradas por COMFAGUAJIRA o terceros autorizados.

* Autorizo el envio de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: Número de teléfono móvil o fijo, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnologia y que tenga registrados en sus bases de datos. Así mismo Autorizo me sean notificadas personalmente todas las decisiones y situaciones originadas como afiliada a la Caja de Compensación Familiar de la Guajira, al siguiente correo electronico: _____. Cualquier cambio en la dirección electronica o cualquier otro medio de contacto deberé ser notificada a Comfaguajira. * SI X NO ____

Firma del usuario _____

HUELLA

La huella aplica en caso de no poder firmar

Manifiesto que conozco todos los requisitos para la afiliación del trabajador y de sus personas a cargo.

EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS

FIRMA DEL TRABAJADOR

EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS

FIRMA PERSONA A CARGO DEL MENOR

* El campo firma persona a cargo del menor , Aplica en caso de Renuncia del trabajador a la afiliación.

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

CAMPOS PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAGUAJIRA

RECIBIDO UIE — FIRMA

RECIBIDO DPTO DE APORTES Y SUBSIDIO — FIRMA

FECHA PRIMER SUBSIDIO

DIGITADO POR — FIRMA

Causales de rechazo o devolución de la afiliación

* Que los documentos no estén completos.

* Que no estén legibles, con tachones, correcciones o enmendaduras

* Que no esté totalmente diligenciado

OBSERVACIONES

VIGILADO SuperSubsidio

4

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN (1) AÑO

Acuerdo laboral No.	**009**	**Fecha de inicio:**	**12/02/2025**
Documento de Identidad	**40.951.719**	**Fecha finalización:**	**07/12/2025**
Nombre:	**ZENIBIA EPINAYU EPIAYU**		
Cargo:	**AUXILIAR SERVICIOS GENERALES**		
Institución Educativa:	**Institución Etnoeducativa Rural Presiaru**		
Sede:	**Principal**	**Municipio:**	**Manaure**
Remuneración:	**$ 1.433.159,44**	**Subsidio de transporte:**	**$200.000**
Valor total del Contrato:	**$16.113.839,81 (DIECISÉIS MILLONES CIENTO TRECE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON OCHENTA Y UN CENTAVO) M/I**		
Duración:	**Nueve (9) meses y Veintiséis (26) días**		

Entre los suscritos a saber: **UNIÓN TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025,** identificada con el número de identificación tributaria No 901.905.849-9. Representada Legalmente por **HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 17.975.697 Expedida en el municipio de Villanueva - La Guajira de una parte, y quien en adelante se denominará EL EMPLEADOR, por la otra, **ZENIBIA EPINAYU EPIAYU** identificada con la cedula de ciudadanía No **40.951.719** quien en adelante se denominará EL TRABAJADOR, se ha convenido celebrar el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA. GENERALIDADES** EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR según las siguientes CONSIDERACIONES; las actividades se desarrollarán en ejecución del CONTRATO No C01 PCCNTR. 7447504 de 2025 cuyo OBJETO ES **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADMINISTRAR EL SERVICIO EDUCATIVO - CANASTA PARCIAL DE LA POBLACIÓN ÉTNICA MATRICULADA EN EL CENTRO ETNOEDUCATIVO RURAL PRESIARU UBICADO EN EL MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA, PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA EDUCACIÓN PROPIA EN EL MARCO DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO INDÍGENA PROPIO (SEIP) DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL DECRETO 2500 DE 2010, CONTENIDO EN EL DECRETO 1075 DE 2015"**, CONTENIDO Y SUSCRITO CON EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA **SEGUNDA OBJETO** el presente contrato tiene por objeto la contratación laboral del trabajador para que este preste sus servicios como Auxiliar Servicios Generales en la sede Principal de la Institución Etnoeducativa Presiaru **TERCERA OBLIGACIONES DE LAS PARTES** :1 OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR . *Son obligaciones especiales del empleador:1. Poner a disposición del trabajador, salvo estipulación en contrario, los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.2. Procurar a los trabajadores locales apropiados y elementos adecuados de protección contra los accidentes y enfermedades profesionales en forma que se garanticen razonablemente la seguridad y la salud.3. Prestar inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.4. Pagar la remuneración pactada en las condiciones, períodos y lugares convenidos.5. Guardar absoluto respeto a la dignidad personal del trabajador, a sus creencias y sentimientos.6. Conceder al trabajador las licencias necesarias para el ejercicio del sufragio; para el desempeño de cargos oficiales transitorios de forzosa aceptación; en caso de grave calamidad doméstica debidamente comprobada; o para asistir al entierro de sus familiares en las condiciones que establece la ley 7. Dar al trabajador*

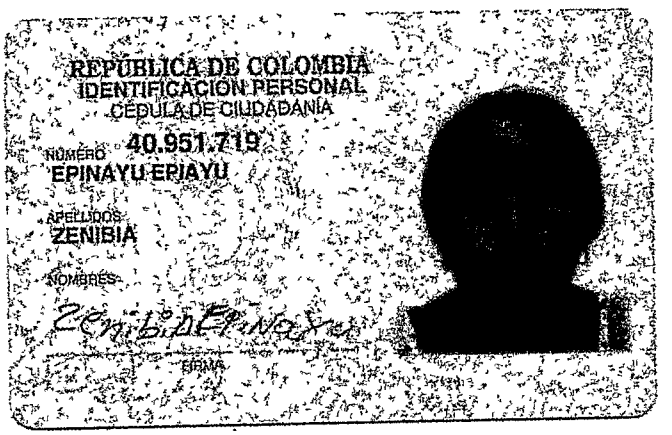
que lo solicite, a la expiración de contrato, una certificación en que consten el tiempo de servicio, la índole de la labor y el salario devengado; e igualmente, si el trabajador lo solicita, hacerle practicar examen sanitario y darle certificación sobre el particular, si al ingreso o durante la permanencia en el 9. Cumplir el reglamento y mantener el orden, la moralidad y el respeto a las leyes.2 **OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR.** Son obligaciones especiales del trabajador: 1. Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados; observar los y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de modo particular la impartan el empleador o sus representantes, según el orden jerárquico establecido.2. No comunicar con terceros, salvo la autorización expresa, las informaciones que tenga sobre su trabajo, especialmente sobre las cosas que sean de naturaleza reservada o cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios al empleador, lo que no obsta para denunciar delitos comunes o violaciones del contrato o de las normas legales del trabajo ante las autoridades competentes.3 Conservar y restituir un buen estado, salvo el deterioro natural, los instrumentos y útiles que le hayan sido facilitados y las materias primas sobrantes 4 Guardar rigurosamente la moral en las relaciones con sus superiores y compañeros.5. Comunicar oportunamente al empleador las observaciones que estime conducentes a evitarle daños y perjuicios.6. Prestar la colaboración posible en casos de siniestro o de riesgo inminente que afecten o amenacen las personas o cosas de la empresa o establecimiento.7. Observar las medidas preventivas higiénicas prescritas por el médico del patrono o por las autoridades del ramo; y 8 Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o de enfermedades profesionales. **FUNCIONES ESPECIFICAS DEL TRABAJADOR** son funciones especificas del trabajador las siguientes: a) realizar el aseo en los salones oficinas y demás instalaciones de la sede donde presta sus servicios ,b) mantener los baños ,duchas en excelentes condiciones de aseo y mantener en ellos los útiles de aseo c) clasificar la basura empacando desechos orgánicos, papeles , materiales sólidos en bolsas separadas d) responder por los elementos a su cargo e informar sobre cualquier anormalidad y deterioro que estos presenten y solicitar oportunamente su reposición o reparación según sea el caso ,e) mantener en buen estado de limpieza y aseo los muebles y enceres ,ventanas ,cortinas ,entre otros ,f) prestar el servicio de cafetería a los funcionarios en sus oficinas g) j) utilizar la ropa de trabajo o dotación asignada a los trabajadores ,y acatar las órdenes e instrucciones ,circulares ,protocolos manuales reglamentos impartidos por el empleador y los directivos docentes de la institución donde preste los servicios el trabajador siempre y cuando estos estén en sintonía con las funciones establecidas en el presente contrato **CUARTA :SALARIO Y PRESTACIONES SOCIALES** ,el trabajador devengara por su servicio prestado la suma de **($1.633.159,44)** Que incluye subsidio de transporte y tendrá derecho a todas las prestaciones sociales contempladas en el código sustantivo del trabajo ,**PARAGRAFO UNO**, Los días no laborados sin justa causa podrán ser deducidos del salario por parte del empleador, **QUINTA PERIODO DE PRUEBA** ;Las partes acuerdan un periodo de prueba de prueba de 50 días que no es superior a la quinta parte del termino inicial del contrato ,ni excede dos meses ,durante este periodo el empleador y el trabajador podrán dar terminado el referido contrato, de conformidad con el artículo 80 del código sustantivo de trabajo **,SEXTA DURACION** ,La duración del presente contrato es la establecida en la parte superior del presente contrato y contara a partir de la fecha de inicio de labores ,No obstante el trabajador decide dar por terminado el presente contrato ,deberá notificar al empleador su decisión 30 días antes, **SEPTIMA FALTAS GRAVES** ,Se consideran faltas graves las siguientes : llegar en estado de embriaguez o consumir bebidas embriagantes o alucinógenos en la sede de la institución educativa ,todo acto considerado inmoral tipificado como delito en el código penal

colombiano **OCTAVA**. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en el artículo 7° del Decreto 2351 de 1965; y, además, por parte del EMPLEADOR, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el espacio reservado para cláusulas adicionales en el presente contrato. **NOVENA**. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por EL EMPLEADOR de conformidad con el numeral 8° del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. EL TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida EL EMPLEADOR dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del TRABAJADOR y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos 4 mínimos del TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990. **DÉCIMA**. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre EMPLEADORES y TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Las partes suscriben el presente documento, a los 12 (doce) días del mes de febrero de 2025.

HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO
REPRESENTANTE LEGAL

Zenibia Epinayu Epiayu
ZENIBIA EPINAYU EPIAYU
CC No 40.951.719



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 40.951.719
EPINAYU EPIAYU

APELLIDOS
ZENIBIA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-1981
URU
URIBIA (LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-JUN-2000 MANAURE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-4800100-01265316-F-0040951719-20211112 0076339608A 1 8502962247

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESAP

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
EPINAYU	EPIAYU	ZENIBIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No.40.951.719

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ *PAÍS* COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 10 MES 05 AÑO 1981

PAÍS COLOMBIA

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO URIBIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kilómetro 23, vía Riohacha-Maicao

PAÍS COLOMBIA DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO Manaure

TELÉFONO 3245167884

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	x11	MES ___ AÑO _____

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 IDIOMA

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

(**B**) O MUY BIEN (**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

EMPARESA O ENTIDA	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA		X	COLOMBIA

DEPARTALMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
LA GUAJIRA	RIOHACHA	utwatsunjira@gmail.com

TELÉFON0	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3012593602	DÍA 13 MES 03 AÑO 2004	DÍA 08 MES 12 AÑO 2024

CARGO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	INST. ETN. RURAL PRESIARU	CRA 7B N 41-09

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
LA GUAJIRA	MANAURE	utwatsunjira@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3012593602	DÍA 20 MES 04 AÑO 2023	DÍA 19 MES 12 AÑO 2023

CARGO	DEPENDENCA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETI
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO	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 ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		17
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		17

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO (x) 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).

Zenibia Epinayu Epiayu

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

Union Temporal Watsunjira

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA UNION TEMPORAL WATSUNJIRA

CERTIFICA

Que **ZENIBIA EPINAYU EPIAYU,** identificada con la cedula de ciudadanía No. 40.951.719 expedida en Manaure – La Guajira, laboró con esta Unión Temporal, prestando sus servicios como Auxiliar de Servicios Generales en la Institución Etnoeducativa Rural Presiaru, durante el tiempo comprendido del 20 de abril al 19 de diciembre de 2023 y del 13 de marzo al 08 de diciembre de 2024.

La anterior certificación se expide a solicitud de la persona interesada a los 15 días del mes de enero de 2025.

HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO
Representante Legal

Dirección: Carrera 7B No. 41-09
Email: utwatsunjira@gmail.com
Celular: 301 259 36 02
Riohacha – La Guajira

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 263769523

PIB
08:16:20
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 de febrero del 2025

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) ZENIBIA EPINAYU EPIAYU identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40951719:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

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 07 de febrero de 2025, a las 08:17:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40951719
Código de Verificación	40951719250207081714

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 07/02/2025 08:18:10 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **56951719 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **109971928** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ZENIBIA EPINAYU EPIAYU** identificado con **CC** No. **40951719**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025 - NI. 901905849	**Fecha de inicio de cobertura :** 13/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013349049.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ZENIBIA EPINAYU EPIAYU** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40951719,** se encuentra afiliado/a desde **23/04/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de marzo de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Comfaguajira
Familias felices

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y NUCLEO FAMILIAR
Gestion de Aportes y Subsidio Monetario

GSM-FOR-007

Versión 17, Fecha: Mayo del 2023 | ESTE FORMULARIO FUE DILIGENCIADO EN LINEA | RADICADO N° 2025031900177428

I. TIPO DE TRABAJADOR

DEPENDIENTE _____ SERVICIO DOMÉSTICO _____ MADRE COMUNITARIA _____ VETERANO _____

II. TIPO DE NOVEDAD

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR _____ AUMENTO DE PERSONAS A CARGO _____ TRASPASO O REINTEGRO _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR *(Todos los campos son obligatorios)*

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT X CC ____ CE ____ PP ____ P.E.P ____ P.P.T ____
NÚMERO DE DOCUMENTO: 901905849
SUCURSAL PLANILLA ÚNICA: 001
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: UNION TEMPORAL CANASTSA PARCIAL 2025

IV. DATOS DEL TRABAJADOR *(Todos los campos son obligatorios excepto correo electrónico, barrio y teléfono)*

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
EPIAYU	EPIAYU	ZENIBIA	

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ____ CC X CE ____ PP ____ P.E.P ____ P.P.T ____
NÚMERO DE DOCUMENTO: 40951719
MADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO ____
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: DIA 12 MES 02 AÑO 2025
SALARIO BÁSICO: 1433159
TIPO DE CONTRATO: FIJO X INDEFINIDO ____
JORNADA DE TRABAJO: MEDIO TIEMPO ____ TIEMPO COMPLETO X
DIRECCIÓN RESIDENCIA: KM 23 # -
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: MANAURE
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA: CESAR
BARRIO: COMUNIDAD PRESIARU
TELÉFONO:
CELULAR: 3245167884
CORREO ELECTRÓNICO: UTWATSUNJIRA@GMAIL.COM
FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 26 MES: 05 AÑO: 1981
LUGAR DE NACIMIENTO: URIBIA
SECTOR: RURAL X URBANO ____
CAPACIDAD DE TRABAJO: NO DISCAPACIDAD X DISCAPACITADO ____
TIPO DE DISCAPACIDAD: NINGUNA

SEXO: M ____ F X I ____
ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ____ HOMOSEXUAL ____ BISEXUAL ____
PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ____ ROM O GITANO ____ INDIGENA ____ NINGUNA O SIN PERTENENCIA ETNICA X RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA ____
ESTADO CIVIL: CASADO ____ SOLTERO ____ SEPARADO ____ UNIÓN LIBRE X VIUDO ____ DIVORCIADO ____
RESGUARDO
PUEBLO INDIGENA: WAYUU (GUAJIRO, GUJIRO, UAIRA)

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ____ ARRENDADA ____ FAMILIAR X HIPOTECA ____
TIPO DE EDIFICACIÓN: CASA ____ APARTAMENTO ____ CONJUNTO RESIDENCIAL ____ RANCHERIA X

NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO ____ PREESCOLAR ____ BÁSICA PRIMARIA X BÁSICA SECUNDARIA ____ E. MEDIA ____ TECNICA ____ TECNOLOGO ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____
EDUCACIÓN FORMAL X EDUCACIÓN INFORMAL ____ EDUCACIÓN NO FORMAL ____ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH ____
OCUPACION ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____
PROFESIÓN (Diligenciar en caso que su nivel educativo sea técnico, tecnológico, profesional o posgrado):
CARGO: AMA DE CASA / AUXILIAR SERVICIOS GENERALES

FACTOR DE VULNERABILIDAD:
DESPLAZADO ____ NO DESPLAZADO ____ DESMOVILIZADO ____ CABEZA DE FAMILIA ____ DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL ____ POBLACION MIGRANTE POBLACION ZONAS FRONTERAS ____

V. DATOS DEL CÓNYUGE ____ COMPAÑERO(A) ____ *RESPONSABLE DEL MENOR* ____

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ____ CC ____ CE ____ PP ____ PEP ____
NÚMERO DE DOCUMENTO:
FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: MES: AÑO:
ENCARGADO (A) DEL HOGAR: SI ____ NO ____
DESEMPLEADO (A): SI ____ NO ____
DEPENDIENTE: SI ____ NO ____
DIRECCIÓN RESIDENCIA:
TELÉFONO:
CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO:
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:
NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO ____ PREESCOLAR ____ BÁSICA PRIMARIA ____ BÁSICA SECUNDARIA ____ E. MEDIA ____ TECNICA ____ TECNOLOGO ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____
EDUCACIÓN FORMAL ____ EDUCACIÓN INFORMAL ____ EDUCACIÓN NO FORMAL ____ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH ____
OCUPACION

VI. MEDIO DE PAGO DE SUBSIDIO MONETARIO

Autorizo a COMFAGUAJIRA a utilizar mi número de celular_____ para cancelar el subsidio monetario a través de:
_____ Daviplata (Davivienda) _____ Ahorro a la mano (Bancolombia)

NOTA: DARÁN DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR LAS PERSONAS A CARGO DE LOS TRABAJADORES BENEFICIARIOS TALES COMO: HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.

VII. PERSONAS A CARGO (HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.) *(Todos los campos son obligatorios)*
** Las personas a cargo que no se relacionen en el formato no se les garantiza la prestacion de los servicios y el pago del subsidio monetario.*

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD NUMERO	SEXO F	SEXO M	SEXO I	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	FECHA DE NACIMIENTO MES	FECHA DE NACIMIENTO DIA	PARENTESCO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	GRADO DE ESCOLARIDAD

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es veridica y autorizo a COMFAGUAJIRA a que verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la ley

* Autorizó a Comfaguajira a utilizar los datos aquí registrados para que sean tratados de manera confidencial, segura, leal y transparente en los términos y condiciones señalados en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para el desarrollo de campañas promocionales, ofertas de servicios y programas de fidelización diseñadas, implementadas y administradas por COMFAGUAJIRA o terceros autorizados.
* Autorizo el envio de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: Número de teléfono móvil o fijo, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnologia y que tenga registrados en sus bases de datos. Asi mismo Autorizo me sean notificadas personalmente todas las decisiones y situaciones originadas como afiliado a la Caja de Compensación Familiar de la Guajira, al siguiente correo electrónico:_____. Cualquier cambio en la dirección electronica o cualquier otro medio de contacto deberá ser notificada a Comfaguajira. * SI X NO ____

Firma del usuario _____

HUELLA
La huella aplica en caso de no poder firmar

Manifiesto que conozco todos los requisitos para la afiliación del trabajador y de sus personas a cargo.

EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS

EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA PERSONA A CARGO DEL MENOR | FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

* El campo firma persona a cargo del menor, Aplica en caso de Renuncia del trabajador a la afiliación.

CAMPOS PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAGUAJIRA

RECIBIDO UIS	RECIBIDO DPTO DE APORTES Y SUBSIDIO	FECHA PRIMER SUBSIDIO	DIGITADO POR
FIRMA	FIRMA		FIRMA

Causales de rechazo o devolución de la afiliación
* Que los documentos no estén completos.
* Que no estén legibles, con tachones, corrector y/o enmendaduras
* Que no este totalmente diligenciado

OBSERVACIONES

VIGILADO SuperSubsidio

Union temporal Watsunjira

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN (1) AÑO

Acuerdo laboral No.	**008**	**Fecha de inicio:**	**12/02/2025**
Documento de Identidad	**56.101,700**	**Fecha finalización:**	**07/12/2025**
Nombre:	**DEYSI EPIEYU EPIEYU**		
Cargo:	**AUXILIAR SERVICIOS GENERALES**		
Institución Educativa:	**Institución Etnoeducativa Rural Presiaru**		
Sede:	**Principal**	**Municipio:**	**Manaure**
Remuneración:	**$ 1.433.159,44**	**Subsidio de transporte:**	**$200.000**
Valor total del Contrato:	**$16.113.839,81 (DIECISÉIS MILLONES CIENTO TRECE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON OCHENTA Y UN CENTAVO) M/I**		
Duración:	**Nueve (9) meses y Veintiséis (26) días**		

Entre los suscritos a saber: **UNIÓN TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025,** identificada con el número de identificación tributaria No 901.905.849-9. Representada Legalmente por **HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 17.975.697 Expedida en el municipio de Villanueva - La Guajira de una parte, y quien en adelante se denominará EL EMPLEADOR, por la otra, **DEYSI EPIEYU EPIEYU** identificada con la cedula de ciudadanía No **56.101.700** quien en adelante se denominará EL TRABAJADOR, se ha convenido celebrar el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA. GENERALIDADES** EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR según las siguientes CONSIDERACIONES; las actividades se desarrollarán en ejecución del CONTRATO No C01 PCCNTR. 7447504 de 2025 cuyo OBJETO ES **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADMINISTRAR EL SERVICIO EDUCATIVO - CANASTA PARCIAL DE LA POBLACIÓN ÉTNICA MATRICULADA EN EL CENTRO ETNOEDUCATIVO RURAL PRESIARU UBICADO EN EL MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA, PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA EDUCACIÓN PROPIA EN EL MARCO DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO INDÍGENA PROPIO (SEIP) DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL DECRETO 2500 DE 2010, CONTENIDO EN EL DECRETO 1075 DE 2015"**, CONTENIDO Y SUSCRITO CON EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA **SEGUNDA OBJETO** el presente contrato tiene por objeto la contratación laboral del trabajador para que este preste sus servicios como Aux. Servicios Generales en la sede Principal de la Institución Etnoeducativa Rural Presiaru **TERCERA OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: 1 OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR. *Son obligaciones especiales del empleador: 1. Poner a disposición del trabajador, salvo estipulación en contrario, los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.2. Procurar a los trabajadores locales apropiados y elementos adecuados de protección contra los accidentes y enfermedades profesionales en forma que se garanticen razonablemente la seguridad y la salud.3. Prestar inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.4. Pagar la remuneración pactada en las condiciones, períodos y lugares convenidos.5. Guardar absoluto respeto a la dignidad personal del trabajador, a sus creencias y sentimientos.6. Conceder al trabajador las licencias necesarias para el ejercicio del sufragio; para el desempeño de cargos oficiales transitorios de forzosa aceptación; en caso de grave calamidad doméstica debidamente*

comprobada; o para asistir al entierro de sus familiares en las condiciones que establece la ley 7. Dar al trabajador que lo solicite, a la expiración de contrato, una certificación en que consten el tiempo de servicio, la índole de la labor y el salario devengado; e igualmente, si el trabajador lo solicita, hacerle practicar examen sanitario y darle certificación sobre el particular, si al ingreso o durante la permanencia en el 9. Cumplir el reglamento y mantener el orden, la moralidad y el respeto a las leyes.2 **OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR.** Son obligaciones especiales del trabajador: 1. Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados; observar los y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de modo particular la impartan el empleador o sus representantes, según el orden jerárquico establecido.2. No comunicar con terceros, salvo la autorización expresa, las informaciones que tenga sobre su trabajo, especialmente sobre las cosas que sean de naturaleza reservada o cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios al empleador, lo que no obsta para denunciar delitos comunes o violaciones del contrato o de las normas legales del trabajo ante las autoridades competentes.3 Conservar y restituir un buen estado, salvo el deterioro natural, los instrumentos y útiles que le hayan sido facilitados y las materias primas sobrantes 4 Guardar rigurosamente la moral en las relaciones con sus superiores y compañeros.5. Comunicar oportunamente al empleador las observaciones que estime conducentes a evitarle daños y perjuicios.6. Prestar la colaboración posible en casos de siniestro o de riesgo inminente que afecten o amenacen las personas o cosas de la empresa o establecimiento.7. Observar las medidas preventivas higiénicas prescritas por el médico del patrono o por las autoridades del ramo; y 8 Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o de enfermedades profesionales. **FUNCIONES ESPECIFICAS DEL TRABAJADOR** son funciones específicas del trabajador las siguientes: a) realizar el aseo en los salones oficinas y demás instalaciones de la sede donde presta sus servicios ,b) mantener los baños ,duchas en excelentes condiciones de aseo y mantener en ellos los útiles de aseo c) clasificar la basura empacando desechos orgánicos, papeles , materiales sólidos en bolsas separadas d) responder por los elementos a su cargo e informar sobre cualquier anormalidad y deterioro que estos presenten y solicitar oportunamente su reposición o reparación según sea el caso ,e) mantener en buen estado de limpieza y aseo los muebles y enceres ,ventanas ,cortinas ,entre otros ,f) prestar el servicio de cafetería a los funcionarios en sus oficinas g) j) utilizar la ropa de trabajo o dotación asignada a los trabajadores ,y acatar las órdenes e instrucciones ,circulares ,protocolos manuales reglamentos impartidos por el empleador y los directivos docentes de la institución donde preste los servicios el trabajador siempre y cuando estos estén en sintonía con las funciones establecidas en el presente contrato **CUARTA :SALARIO Y PRESTACIONES SOCIALES** ,el trabajador devengara por su servicio prestado la suma de **($1.633.159,44)** Que incluye subsidio de transporte y tendrá derecho a todas las prestaciones sociales contempladas en el código sustantivo del trabajo ,**PARAGRAFO UNO**, Los días no laborados sin justa causa podrán ser deducidos del salario por parte del empleador, **QUINTA PERIODO DE PRUEBA** ;Las partes acuerdan un periodo de prueba de prueba de 50 días que no es superior a la quinta parte del termino inicial del contrato ,ni excede dos meses ,durante este periodo el empleador y el trabajador podrán dar terminado el referido contrato, de conformidad con el artículo 80 del código sustantivo de trabajo **,SEXTA DURACION** ,La duración del presente contrato es la establecida en la parte superior del presente contrato y contara a partir de la fecha de inicio de labores ,No obstante el trabajador decide dar por terminado el presente contrato ,deberá notificar al empleador su decisión 30 días antes, **SEPTIMA FALTAS GRAVES** ,Se

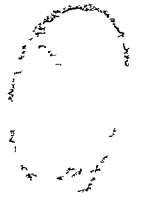
consideran faltas graves las siguientes : llegar en estado de embriaguez o consumir bebidas embriagantes o alucinógenos en la sede de la institución educativa ,todo acto considerado inmoral tipificado como delito en el código penal colombiano **OCTAVA.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en el artículo 7° del Decreto 2351 de 1965; y, además, por parte del EMPLEADOR, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el espacio reservado para cláusulas adicionales en el presente contrato. **NOVENA.** Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por EL EMPLEADOR de conformidad con el numeral 8° del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. EL TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida EL EMPLEADOR dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del TRABAJADOR y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos 4 mínimos del TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990. **DÉCIMA.** Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre EMPLEADORES y TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Las partes suscriben el presente documento, a los 12 (doce) días del mes de febrero de 2025.

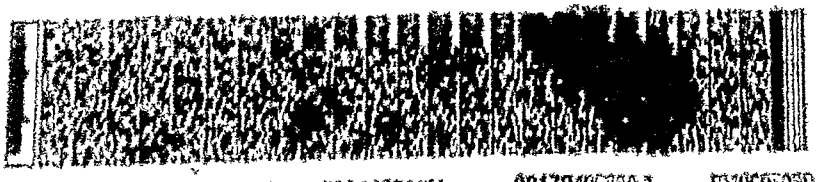
HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO
REPRESENTANTE LEGAL

Deysi Epieyu

DEYSI EPIEYU EPIEYU
CC No 56.101.700 de Manaure



FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1978
URIBIA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.38 O+ F
ESTATURA G S RH SEXO
MANAURE
FECHA Y LU... EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0005109-00150567 F-0039101709 20031111 0017040039A 1 7040067050

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
EPIEYU	EPIEYU	DEYSI

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No.56.101,700

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ PAÍS COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 10 MES 03 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO URIBIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kilómetro 23, vía Riohacha-Maicao

PAÍS COLOMBIA DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO Manaure

TELÉFONO 310 8604709

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	x11	MES ___ AÑO ____

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 IDIOMA

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

(**B**) O MUY BIEN (**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

EMPARESA O ENTIDA	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA		X	COLOMBIA

DEPARTALMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
LA GUAJIRA	RIOHACHA	utwatsunjira@gmail.com

TELÉFON0	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3012593602	DÍA 13 MES 03 AÑO 2004	DÍA 08 MES 12 AÑO 2024

CARGO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	INST. ETN. RURAL PRESIARU	CRA 7B N 41-09

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
LA GUAJIRA	MANAURE	utwatsunjira@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3012593602	DÍA 20 MES 04 AÑO 2023	DÍA 19 MES 12 AÑO 2023

CARGO	DEPENDENCA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETI
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO	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 ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		17
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		17

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO (x) 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).

Deysi Epieyu

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

Union Temporal Watsunjira

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA UNION TEMPORAL WATSUNJIRA

CERTIFICA

Que **DEYSI EPIEYU EPIEYU,** identificada con la cedula de ciudadanía No. 56.101.700 expedida en Riohacha – La Guajira, laboró con esta Unión Temporal, prestando sus servicios como Auxiliar de Servicios Generales en la Institución Etnoeducativa Rural Presiaru, durante el tiempo comprendido del 20 de abril al 19 de diciembre de 2023 y del 13 de marzo al 08 de diciembre de 2024.

La anterior certificación se expide a solicitud de la persona interesada a los 15 días del mes de enero de 2025.

HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO
Representante Legal

Dirección: Carrera 7B No. 41-09
Email: utwatsunjira@gmail.com
Celular: 301 259 36 02
Riohacha – La Guajira

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 263769843

PIB
08:20:02

Bogotá DC, 07 de febrero del 2025

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) DEYSI EPIEYU EPIEYU identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 56101700.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.

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 07 de febrero de 2025, a las 08:19:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	56101700
Código de Verificación	56101700250207081927

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 07/02/2025 08:18:55 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **56101700 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **109972012** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

ANAS WAYUU EPSI — EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDÍGENA — Jintia Ekirawaa Sukut

ANAS WAYUU IPS S.A.S.I. ASEGURAMIENTO

No. De Radicación	Fecha de Radicación
071907	18/03/2025

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliacion	3. Régimen
A. Afiliación [✓] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual : - Cotizante o Cabeza de Familia [✓] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [✓] Cabeza de familia B. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [✓] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: EPIEYU	Segundo apellido: EPIEYU	Primer Nombre: DEYSI	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	56101700	Femenino [ ] Masculino [✓]	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
Wayu	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16, Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	1,433,159

18. Residencia			
Direccion: Km 23 vía Riohacha/Maicao		Telefono Ffjo:	Telefono celular: 3146246342
Correo electrónico			
Municipio/Distrito: MANAURE	Zona: Urbana [ ] Rural [✓]	Localidad/Comuna: Comunidad Ranchería	Departamento: LA GUAJIRA

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue 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 [ ]	

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					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Telefono 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 DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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)
UT WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025	NIT	901905849-9	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRA 7B # 41-09	3012593602	utwatsunjira@gmail.com	RIOHACHA	LA GUAJIRA

VIGILADO Supersalud

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DEYSI EPIEYU EPIEYU** identificado con **CC** No. **56101700**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025 - NI. 901905849	**Fecha de inicio de cobertura :** 13/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013349078.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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:

DEYSI EPIEYU EPIEYU, identificado(a) con cédula de ciudadanía **56.101.700**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Comfaguajira
Familias felices

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y NUCLEO FAMILIAR
Gestion de Aportes y Subsidio Monetario

GSM-FOR-007

Versión 17, Fecha: Mayo del 2023 | ESTE FORMULARIO FUE DILIGENCIADO EN LINEA | RADICADO N° 2025032500178392

I. TIPO DE TRABAJADOR

DEPENDIENTE _____ SERVICIO DOMÉSTICO _____ MADRE COMUNITARIA _____ VETERANO _____

II. TIPO DE NOVEDAD

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR _____ AUMENTO DE PERSONAS A CARGO _____ TRASPASO O REINTEGRO _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR *(Todos los campos son obligatorios)*

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT X CC ____ CE ____ PP ____ P.E.P ____ P.P.T ____
NÚMERO DE DOCUMENTO: 901905849
SUCURSAL PLANILLA ÚNICA: 001
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: UNION TEMPORAL CANASTSA PARCIAL 2025

IV. DATOS DEL TRABAJADOR *(Todos los campos son obligatorios excepto correo electrónico, barrio y teléfono)*

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
EPIEYU	EPIEYU	DEYSI	

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ____ CC X CE ____ PP ____ P.E.P ____ P.P.T ____
NÚMERO DE DOCUMENTO: 56101700
MADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO ____
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: DIA 12 MES 02 AÑO 2025
SALARIO BÁSICO: 1433159
TIPO DE CONTRATO: FIJO X INDEFINIDO ____
JORNADA DE TRABAJO: MEDIO TIEMPO ____ TIEMPO COMPLETO X

DIRECCIÓN RESIDENCIA	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	BARRIO
KM 23 # -	MANAURE	CESAR	COMUNIDAD PRESIARU

TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
	3108604709	UTWATSUNJIRA@GMAIL.COM

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 10 MES 03 AÑO 1978
LUGAR DE NACIMIENTO: URIBIA
SECTOR: RURAL ____ X ____ URBANO ____
CAPACIDAD DE TRABAJO: NO DISCAPACIDAD X DISCAPACITADO ____
TIPO DE DISCAPACIDAD: NINGUNA

SEXO: M ____ F X I ____
ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ____ HOMOSEXUAL ____ BISEXUAL ____
PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ____ ROM O GITANO ____ INDIGENA X NINGUNA O SIN PERTENENCIA ÉTNICA ____ RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA ____
ESTADO CIVIL: CASADO ____ SOLTERO X SEPARADO ____ UNION LIBRE ____ VIUDO ____ DIVORCIADO ____
RESGUARDO
PUEBLO INDIGENA: WAYUU (GUAJIRO, GUJIRO, UAIRA)

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ____ ARRENDADA ____ FAMILIAR X HIPOTECA ____
TIPO DE EDIFICACIÓN: CASA ____ APARTAMENTO ____ CONJUNTO RESIDENCIAL ____ RANCHERÍA X

NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO ____ PREESCOLAR ____ BÁSICA PRIMARIA ____ BÁSICA SECUNDARIA ____ E. MEDIA X TECNICA ____ TECNÓLOGO ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____
EDUCACIÓN FORMAL X EDUCACIÓN INFORMAL ____ EDUCACIÓN NO FORMAL ____ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH ____
OCUPACION ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____

PROFESIÓN (Diligencie en caso que su nivel educativo sea técnico, tecnológico, profesional o posgrado): BACHILLER
CARGO: AUXILIAR SERVICIOS GENERALES

FACTOR DE VULNERABILIDAD:
DESPLAZADO ____ NO DESPLAZADO ____ DESMOVILIZADO ____ CABEZA DE FAMILIA X DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL ____ POBLACION MIGRANTE POBLACION ZONAS FRONTERAS ____

V. DATOS DEL CONYUGE ____ COMPAÑERO(A) ____ *RESPONSABLE DEL MENOR*____

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I ____ C.C ____ C.E ____ P.P ____ P.E.P ____
NÚMERO DE DOCUMENTO:
FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: MES: AÑO:
ENCARGADO (A) DEL HOGAR: SI ____ NO ____
DESEMPLEADO (A): SI ____ NO ____
DEPENDIENTE: SI ____ NO ____
DIRECCIÓN RESIDENCIA:
TELÉFONO:
CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO:
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:

NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO ____ PREESCOLAR ____ BÁSICA PRIMARIA ____ BÁSICA SECUNDARIA ____ E. MEDIA ____ TECNICA ____ TECNÓLOGO ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____
EDUCACIÓN FORMAL ____ EDUCACIÓN INFORMAL ____ EDUCACIÓN NO FORMAL ____ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH ____
OCUPACION

VI. MEDIO DE PAGO DE SUBSIDIO MONETARIO

Autorizo a COMFAGUAJIRA a utilizar mi número de celular_____ para cancelar el subsidio monetario a través de:
____ Daviplata (Davivienda) ____ Ahorro a la mano (Bancolombia)

NOTA: DARAN DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR LAS PERSONAS A CARGO DE LOS TRABAJADORES BENEFICIARIOS TALES COMO: HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.

VII. PERSONAS A CARGO (HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.) *(Todos los campos son obligatorios)*

** Las personas a cargo que no se relacionen en el formato no se les garantiza la prestacion de los servicios y el pago del subsidio monetario.*

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NUMERO	SEXO: F	SEXO: M	SEXO: I	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	FECHA DE NACIMIENTO: MES	FECHA DE NACIMIENTO: DIA	PARENTESCO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	GRADO DE ESCOLARIDAD

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es veridica y autorizo a COMFAGUAJIRA a que verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la ley

* Autorizó a Comfaguajira a utilizar los datos aquí registrados para que sean tratados de manera confidencial, segura, leal y transparente en los términos y condiciones señalados en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para el desarrollo de campañas promocionales, ofertas de servicios y programas de fidelización diseñadas, implementadas y administradas por COMFAGUAJIRA o terceros autorizados.
* Autorizo el envio de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: Número de teléfono móvil o fijo, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnologia y que tenga registrados en sus bases de datos. Así mismo Autorizo me sean notificados personalmente todas las decisiones y situaciones originadas como afiliada a la Caja de Compensación Familiar de la Guajira, el siguiente correo electrónico:_____. Cualquier cambio en la dirección electronica o cualquier otro medio de contacto deberé ser notificada a Comfaguajira. * SI X NO ____

Firma del usuario _____

HUELLA

La huella aplica en caso de no poder firmar

Manifiesto que conozco todos los requisitos para la afiliación del trabajador y de sus personas a cargo.

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA PERSONA A CARGO DEL MENOR	FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA
EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS		EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS

* El campo firma persona a cargo del menor , Aplica en caso de Renuncia del trabajador a la afiliación.

CAMPOS PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAGUAJIRA

RECIBIDO UIS	RECIBIDO DPTO DE APORTES Y SUBSIDIO	FECHA PRIMER SUBSIDIO	DIGITADO POR
FIRMA	FIRMA		FIRMA

Causales de rechazo o devolución de la afiliación
* Que los documentos no estén completos
* Que no estén legibles, con tachones, corrector y/o enmendaduras
* Que no este totalmente diligenciado

OBSERVACIONES

Validado SubsidioWeb

6

Union Temporal Watsunjira

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO INFERIOR A UN (1) AÑO

Acuerdo laboral No.	**017**	**Fecha de inicio:**	**12/02/2025**
Documento de Identidad	**40.953.175**	**Fecha finalización:**	**07/12/2025**
Nombre:	**MARIELA EPINAYU EPINAYU**		
Cargo:	**AUXILIAR SERVICIOS GENERALES**		
Institución Educativa:	**Institución Etnoeducativa Rural Presiaru**		
Sede:	**Principal**	**Municipio:**	**Manaure**
Remuneración:	**$ 1.433.159,44**	**Subsidio de transporte:**	**$200.000**
Valor total del Contrato:	**$16.113.839,81 (DIECISÉIS MILLONES CIENTO TRECE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS CON OCHENTA Y UN CENTAVO) M/I**		
Duración:	**Nueve (9) meses y Veintiséis (26) días**		

Entre los suscritos a saber: **UNIÓN TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025,** identificada con el número de identificación tributaria No 901.905.849-9. Representada Legalmente por **HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 17.975.697 Expedida en el municipio de Villanueva - La Guajira de una parte, y quien en adelante se denominará EL EMPLEADOR, por la otra, **MARIELA EPINAYU EPINAYU** identificada con la cedula de ciudadanía No **40.953.175** quien en adelante se denominará EL TRABAJADOR, se ha convenido celebrar el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA. GENERALIDADES** EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR según las siguientes CONSIDERACIONES; las actividades se desarrollarán en ejecución del CONTRATO No C01 PCCNTR. 7447504 de 2025 cuyo OBJETO ES **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADMINISTRAR EL SERVICIO EDUCATIVO - CANASTA PARCIAL DE LA POBLACIÓN ÉTNICA MATRICULADA EN EL CENTRO ETNOEDUCATIVO RURAL PRESIARU UBICADO EN EL MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA, PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA EDUCACIÓN PROPIA EN EL MARCO DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO INDÍGENA PROPIO (SEIP) DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN EL DECRETO 2500 DE 2010, CONTENIDO EN EL DECRETO 1075 DE 2015"**,CONTENIDO Y SUSCRITO CON EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA **SEGUNDA OBJETO** el presente contrato tiene por objeto la contratación laboral del trabajador para que este preste sus servicios como Auxiliar Servicios Generales en la sede Principal de la Institución Etnoeducativa Presiaru **TERCERA OBLIGACIONES DE LAS PARTES** :1 OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR . *Son obligaciones especiales del empleador:1. Poner a disposición del trabajador, salvo estipulación en contrario, los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores.2. Procurar a los trabajadores locales apropiados y elementos adecuados de protección contra los accidentes y enfermedades profesionales en forma que se garanticen razonablemente la seguridad y la salud.3. Prestar inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad.4. Pagar la remuneración pactada en las condiciones, períodos y lugares convenidos.5. Guardar absoluto respeto a la dignidad personal del trabajador, a sus creencias y sentimientos.6. Conceder al trabajador las licencias necesarias para el ejercicio del sufragio; para el desempeño de cargos oficiales transitorios de forzosa aceptación; en caso de grave calamidad doméstica debidamente comprobada; o para asistir al entierro de sus familiares en las condiciones*

*que establece la ley 7. Dar al trabajador que lo solicite, a la expiración de contrato, una certificación en que consten el tiempo de servicio, la índole de la labor y el salario devengado; e igualmente, si el trabajador lo solicita, hacerle practicar examen sanitario y darle certificación sobre el particular, si al ingreso o durante la permanencia en el 9. Cumplir el reglamento y mantener el orden, la moralidad y el respeto a las leyes.*2 **OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR.** Son obligaciones especiales del trabajador :1. Realizar personalmente la labor, en los términos estipulados; observar los y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de modo particular la impartan el empleador o sus representantes, según el orden jerárquico establecido.2. No comunicar con terceros, salvo la autorización expresa, las informaciones que tenga sobre su trabajo, especialmente sobre las cosas que sean de naturaleza reservada o cuya divulgación pueda ocasionar perjuicios al empleador, lo que no obsta para denunciar delitos comunes o violaciones del contrato o de las normas legales del trabajo ante las autoridades competentes.3 Conservar y restituir un buen estado, salvo el deterioro natural, los instrumentos y útiles que le hayan sido facilitados y las materias primas sobrantes 4 Guardar rigurosamente la moral en las relaciones con sus superiores y compañeros.5. Comunicar oportunamente al empleador las observaciones que estime conducentes a evitarle daños y perjuicios.6. Prestar la colaboración posible en casos de siniestro o de riesgo inminente que afecten o amenacen las personas o cosas de la empresa o establecimiento.7. Observar las medidas preventivas higiénicas prescritas por el médico del patrono o por las autoridades del ramo; y 8 Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o de enfermedades profesionales. **FUNCIONES ESPECIFICAS DEL TRABAJADOR** son funciones específicas del trabajador las siguientes: a) realizar el aseo en los salones oficinas y demás instalaciones de la sede donde presta sus servicios ,b) mantener los baños ,duchas en excelentes condiciones de aseo y mantener en ellos los útiles de aseo c) clasificar la basura empacando desechos orgánicos, papeles , materiales sólidos en bolsas separadas d) responder por los elementos a su cargo e informar sobre cualquier anormalidad y deterioro que estos presenten y solicitar oportunamente su reposición o reparación según sea el caso ,e) mantener en buen estado de limpieza y aseo los muebles y enceres ,ventanas ,cortinas ,entre otros ,f) prestar el servicio de cafetería a los funcionarios en sus oficinas g) j) utilizar la ropa de trabajo o dotación asignada a los trabajadores ,y acatar las órdenes e instrucciones ,circulares ,protocolos manuales reglamentos impartidos por el empleador y los directivos docentes de la institución donde preste los servicios el trabajador siempre y cuando estos estén en sintonía con las funciones establecidas en el presente contrato **CUARTA :SALARIO Y PRESTACIONES SOCIALES** ,el trabajador devengara por su servicio prestado la suma de **($1.633.159,44)** Que incluye subsidio de transporte y tendrá derecho a todas las prestaciones sociales contempladas en el código sustantivo del trabajo ,**PARAGRAFO UNO**, Los días no laborados sin justa causa podrán ser deducidos del salario por parte del empleador, **QUINTA PERIODO DE PRUEBA** ;Las partes acuerdan un periodo de prueba de prueba de 50 días que no es superior a la quinta parte del termino inicial del contrato ,ni excede dos meses ,durante este periodo el empleador y el trabajador podrán dar terminado el referido contrato, de conformidad con el artículo 80 del código sustantivo de trabajo **,SEXTA DURACION** ,La duración del presente contrato es la establecida en la parte superior del presente contrato y contara a partir de la fecha de inicio de labores ,No obstante el trabajador decide dar por terminado el presente contrato ,deberá notificar al empleador su decisión 30 días antes, **SEPTIMA FALTAS GRAVES** ,Se consideran faltas graves las siguientes : llegar en estado de embriaguez o consumir bebidas embriagantes o alucinógenos en la sede de la institución educativa

,todo acto considerado inmoral tipificado como delito en el código penal colombiano **OCTAVA**. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, las enumeradas en el artículo 7° del Decreto 2351 de 1965; y, además, por parte del EMPLEADOR, las faltas que para el efecto se califiquen como graves en el espacio reservado para cláusulas adicionales en el presente contrato. **NOVENA**. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por EL EMPLEADOR de conformidad con el numeral 8° del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. EL TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida EL EMPLEADOR dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del TRABAJADOR y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos 4 mínimos del TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990. **DÉCIMA**. Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo cuyo objeto, definido en su artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre EMPLEADORES y TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Las partes suscriben el presente documento, a los 12 (doce) días del mes de febrero de 2025.

HERNAN GREGORIO PINTO PALMEZANO
REPRESENTANTE LEGAL



MARIELA EPINAYU EPINAYU
CC No 40.953.175.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
40.953.175
EPINAYU EPINAYU
MARIELA
NO FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1982
MANAURE
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.47
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
06-NOV-2001 MANAURE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
A-4900100-01304823-F-0040953175-20220624
0079840688A 1
0504923473

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
EPINAYU	EPINAYU	MARIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No.40.953.175

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ PAÍS COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 11 MES 0,2 AÑO 1,9,8,2

PAÍS COLOMBIA

DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO MANAURE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kilómetro 23, vía Riohacha-Maicao

PAÍS COLOMBIA DEPTO LA GUAJIRA

MUNICIPIO Manaure

TELÉFONO 3

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	x11	MES ___ AÑO ____

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 IDIOMA

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

(B) O MUY BIEN (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

EMPARESA O ENTIDA	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA		*X*	*COLOMBIA*

DEPARTALMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
LA GUAJIRA	RIOHACHA	utwatsunjira@gmail.com

TELÉFON0	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3012593602	DÍA 13 MES 03 AÑO 2004	DÍA 08 MES 12 AÑO 2024

CARGO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	INST. ETN. RURAL PRESIARU	CRA 7B N 41-09

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA		X	*COLOMBIA*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
LA GUAJIRA	MANAURE	utwatsunjira@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3012593602	DÍA 20 MES 04 AÑO 2023	DÍA 19 MES 12 AÑO 2023

CARGO	*DEPENDENCA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETI*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO	*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 ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDÍQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		17
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		17

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO (x) 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).

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

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 265022361

PIB
12:53:09

Bogotá DC, 22 de febrero del 2025

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) MARIELA EPINAYU EPINAYU identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40953175:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del 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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS WILLIAM RODRIGUEZ MILLAN
Jefe (C) División de Relacionamiento con el Ciudadano

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.

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 sábado 22 de febrero de 2025, a las 12:54:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40953175
Código de Verificación	40953175250222125419

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:51:37 PM horas del 22/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **40953175**

Apellidos y Nombres: **EPINAYU EPINAYU MARIELA**

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. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/02/2025 12:55:30 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40953175 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **111120819** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:12:04 horas del 18/03/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40953175,** Apellidos y Nombres **EPINAYU EPINAYU MARIELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **UNION TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025,** con NIT **901905849-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

ANAS WAYUU EPSI — EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDIGENA — Yootkat Epainmaa Salud

ANAS WAA: UNA E.P.S.I. ASEGURAMIENTO

No. De Radicación	Fecha de Radicación
071910	18032025

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliacion	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [x] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; 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 [ ] B. Independiente [x] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: EPINAYU	Segundo apellido: EPINAYU	Primer Nombre: MARIELA	Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 40953175	9. sexo: Femenino [ ] Masculino [x]	10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
Wayu	Tipo [F][N][M] Condición [T][P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	1,433,159

18. Residencia

Dirección	Telefono Fijo	Telefono celular	Correo electrónico
Km 23 vía Riohacha/Maicao			
Municipio/Distrito	**Zona**	**Localidad/Comuna**	**Departamento**
MANAURE	Urbana [ ] Rural [x]	Comunidad Ranchería	LA GUAJIRA

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue 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 [ ]	

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		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Telefono Fijo y/o Celular	
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 DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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)
UT WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025	NIT	901905849-9	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRA 7B # 41-09	3012593602	utwatsunjira@gmail.com	RIOHACHA	LA GUAJIRA

VIGILADO Supersalud

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIELA EPINAYU EPINAYU** identificado con **CC** No. **40953175,** registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
UNION TEMPORAL WATSUNJIRA CANASTA PARCIAL 2025 - NI. 901905849	**Fecha de inicio de cobertura:** 13/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013349178.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIELA EPINAYU EPINAYU** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40953175,** se encuentra afiliado/a desde **22/04/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de marzo de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Comfaguajira
familias felices

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y NUCLEO FAMILIAR
Gestion de Aportes y Subsidio Monetario

GSM-FOR-007

Versión 17, Fecha: Mayo del 2023 | ESTE FORMULARIO FUE DILIGENCIADO EN LINEA | RADICADO N° 2025032500178401

I. TIPO DE TRABAJADOR

DEPENDIENTE _____ SERVICIO DOMÉSTICO _____ MADRE COMUNITARIA _____ VETERANO _____

II. TIPO DE NOVEDAD

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR _____ AUMENTO DE PERSONAS A CARGO _____ TRASPASO O REINTEGRO _____

III. DATOS DEL EMPLEADOR *(Todos los campos son obligatorios)*

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT X CC ____ CE ____ PP ____ P.E.P ____ P.P.T ____
NÚMERO DE DOCUMENTO: 901905849
SUCURSAL PLANILLA ÚNICA: 001
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: UNION TEMPORAL CANASTSA PARCIAL 2025

IV. DATOS DEL TRABAJADOR *(Todos los campos son obligatorios excepto correo electrónico, borrio y teléfono)*

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
EPINAYU	EPINAYU	MARIELA	

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NIT ____ CC X CE ____ PP ____ P.E.P ____ P.P.T ____
NÚMERO DE DOCUMENTO: 40953175
MADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO ____
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: DIA 12 MES 02 AÑO 2025
SALARIO BÁSICO: 1433159
TIPO DE CONTRATO: FIJO X INDEFINIDO ____
JORNADA DE TRABAJO: MEDIO TIEMPO ____ TIEMPO COMPLETO X

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:	BARRIO:
KM 23 # -	MANAURE	CESAR	COMUNIDAD PRESIARU

TELÉFONO:	CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:
	3017262940	UTWATSUNJIRA@GMAIL.COM

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 11 MES 06 AÑO 1982
LUGAR DE NACIMIENTO: MANAURE
SECTOR: RURAL X URBANO ____
CAPACIDAD DE TRABAJO: NO DISCAPACIDAD X DISCAPACITADO ____
TIPO DE DISCAPACIDAD: NINGUNA

SEXO: M ____ F X I ____
ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ____ HOMOSEXUAL ____ BISEXUAL ____
PERTENENCIA ÉTNICA: AFROCOLOMBIANO ____ ROM O GITANO ____ INDIGENA ____ NINGUNA O SIN PERTENENCIA ETNICA X RAIZAL DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA ____
ESTADO CIVIL: CASADO ____ SOLTERO X SEPARADO ____ UNION LIBRE ____ VIUDO ____ DIVORCIADO ____
RESGUARDO
PUEBLO INDIGENA: WAYUU (GUAJIRO, GUJIRO, UAIRA)

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ____ ARRENDADA ____ FAMILIAR X HIPOTECA ____
TIPO DE EDIFICACIÓN: CASA ____ APARTAMENTO ____ CONJUNTO RESIDENCIAL ____ RANCHERIA X

NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO ____ PREESCOLAR ____ BÁSICA PRIMARIA X BÁSICA SECUNDARIA ____ E. MEDIA ____ TECNICA ____ TECNÓLOGO ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____
EDUCACIÓN FORMAL X EDUCACIÓN INFORMAL ____ EDUCACIÓN NO FORMAL ____ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH ____
OCUPACION ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____

PROFESIÓN: (Digite en caso que su nivel educativo sea técnico, tecnológico, profesional o posgrado): AMA DE CASA
CARGO: AUXILIAR SERVICIOS GENERALES

FACTOR DE VULNERABILIDAD:
DESPLAZADO ____ NO DESPLAZADO ____ DESMOVILIZADO ____ CABEZA DE FAMILIA X DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL ____ POBLACION MIGRANTE POBLACION ZONAS FRONTERAS ____

V. DATOS DEL CÓNYUGE ____ COMPAÑERO(A) ____ *RESPONSABLE DEL MENOR* ____

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI ____ CC ____ CE ____ PP ____ P.E.P ____
NÚMERO DE DOCUMENTO:
FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: MES: AÑO:
ENCARGADO (A) DEL HOGAR: SI ____ NO ____
DESEMPLEADO (A): SI ____ NO ____
DEPENDIENTE: SI ____ NO ____

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	TELÉFONO:	CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO:	MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:

NIVEL EDUCATIVO: SIN ESTUDIO ____ PREESCOLAR ____ BÁSICA PRIMARIA ____ BÁSICA SECUNDARIA ____ E. MEDIA ____ TECNICA ____ TECNÓLOGO ____ PROFESIONAL ____ POSGRADO ____
EDUCACIÓN FORMAL ____ EDUCACIÓN INFORMAL ____ EDUCACION NO FORMAL ____ EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO – ETDH ____ OCUPACION

VI. MEDIO DE PAGO DE SUBSIDIO MONETARIO

Autorizo a COMFAGUAJIRA a utilizar mi número de celular_____ para cancelar el subsidio monetario a través de:
____ Daviplata (Davivienda) ____ Ahorro a la mano (Bancolombia)

NOTA: DARÁN DERECHO AL SUBSIDIO FAMILIAR LAS PERSONAS A CARGO DE LOS TRABAJADORES BENEFICIARIOS TALES COMO: HIJOS, HIJASTROS, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.

VII. PERSONAS A CARGO (HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUERFANOS DE PADRE Y MADRE.) *(Todos los campos son obligatorios)*

** Los personas a cargo que no se relacionen en el formato no se les garantiza la prestacion de los servicios y el pago del subsidio monetario.*

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		SEXO			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	INSTITUCIÓN EDUCATIVA	GRADO DE ESCOLARIDAD
	TIPO	NUMERO	F	M	I	AÑO	MES	DIA			

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es veridica y autorizo a COMFAGUAJIRA a que verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas en la ley

* Autorizó a Comfaguajira a utilizar los datos aquí registrados para que sean tratados de manera confidencial, segura, leal y transparente en los términos y condiciones señalados en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para el desarrollo de campañas promocionales, ofertas de servicios y programas de fidelización diseñadas, implementadas y administradas por COMFAGUAJIRA o terceros autorizados.
* Autorizo el envio de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otras: Número de teléfono móvil o fijo, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnologia y que tenga registrados en sus bases de datos. Asi mismo Autorizo me sean notificadas personalmente todas las decisiones y situaciones originadas como afiliada a la Caja de Compensación Familiar de la Guajira, al siguiente correo electrónico:_____. Cualquier cambio en la dirección electronica o cualquier otro medio de contacto deberá ser notificada a Comfaguajira. * SI X NO ____

Firma del usuario _____

HUELLA

*La huella aplica en caso de no poder firmar

Manifiesto que conozco todos los requisitos para la afiliación del trabajador y de sus personas a cargo.

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA PERSONA A CARGO DEL MENOR	FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA
EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS		EL PRESENTE FORMULARIO NO REQUIERE FIRMAS

* El campo firma persona a cargo del menor, Aplica en caso de Renuncia del trabajador a la afiliación.

CAMPOS PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAGUAJIRA

RECIBIDO UIS	RECIBIDO DPTO DE APORTES Y SUBSIDIO	FECHA PRIMER SUBSIDIO	DIGITADO POR
FIRMA	FIRMA		FIRMA

Causales de rechazo o devolución de la afiliación
* Que los documentos no estén completos.
* Que no estén legibles, con tachones, corrector y/o enmendaduras
* Que no esté totalmente diligenciado

OBSERVACIONES

VIGILADO SuperSubsidio