FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor HARRINSON URREA MONTEALEGRE identificado con Cédula de Ciudadanía No. 6801276, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	HARRINSON
Segundo Nombre:	
Primer Apellido:	URREA
Segundo Apellido:	MONTEALEGRE
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	6801276
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 18 días del mes de Abril de 2025, a las 4:21:01 PM.

Cordialmente,



Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

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*
Urrea	Montealegre	Harrinson

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 6801276	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 6801276 D.M. 43

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 11 MES 03 AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CAQUETÁ

MUNICIPIO FLORENCIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 27 1D -35

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAQUETÁ

MUNICIPIO FLORENCIA

TELÉFONO 3165609138 EMAIL harriumo@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	2001

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	10	X		PLANIFICACION Y GESTION DE PROYECTOS DE COOPERACION AL	11	2016	CN206-148952
PREGRADO	10	X		PLANIFICACION Y GESTION DE PROYECTOS DE COOPERACION AL	06	2020	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO	60	X		Básico en electrónica	12	2005
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO	60	X		Electrónica avanzada	02	2006
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO	1320	X		Operario en mantenimiento de redes de energía eléctrica Aéreas desenergizadas nivel de tensión I, II, III	02	2010

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CONSORCIO INTEGRAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3043379105	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO RESIDENTE INTERVENT	*DEPENDENCIA* AREA DE SUPERVISION E INTERVENTORIA				*DIRECCIÓN* CARRERA 13 9667 309						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD INGSA SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4368215	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2022	*Día*	10	*Mes*	08	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ELECTRICISTA	*DEPENDENCIA* INGENIERIA ENERGIA RENOVABLES				*DIRECCIÓN* CALLE 33 3E -26 EL CUNDUY - FLORENCIA, CAQUETÁ						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSORCIO SOLUCIONES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* CSOLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4368215	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ELECTRICISTA SUPERVISO	*DEPENDENCIA* INGENIERIA ENERGIA RENOVABLES					*DIRECCIÓN* CALLE 33 3E 26 BARRIO EL CUNDUY FLORENCIA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* CSOLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4353182	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2017	*Día*	27	*Mes*	08	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR TECNICO PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* AREA DE TECNICA DE OPERACIONES					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 10 66						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD RAMIRO AVENDAÑO REY			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* CSOLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112068296	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	01	*Año* 2007	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO ELECTRCISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE ELECTRICIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE null 26 null TORASSO						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EDUTEC DE LOS ANDES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 4348050	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	11	*Mes:*	02	*Año:* 2022	*Día:*	06	*Mes:*	12	*Año:*	2022	
AREA DE CONOCIMIENTO INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* CALLE 27 1D 35						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EDUTEC DE LOS ANDES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 4348050	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	17	*Mes:*	02	*Año:* 2023	*Día:*	20	*Mes:*	06	*Año:*	2023	
AREA DE CONOCIMIENTO INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* CALLE 27 1D 35						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EDUTEC DE LOS ANDES			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CAQUETÁ	MUNICIPIO: FLORENCIA						CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS: 3143862423	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	10	Mes:	07	Año:	2023	Día:	10	Mes:	12	Año:	2023
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA						DIRECCIÓN: CALLE 27 1D 35					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EDUTEC DE LOS ANDES			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CAQUETÁ	MUNICIPIO: FLORENCIA						CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS: 3143862423	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	01	Mes:	02	Año:	2024	Día:	12	Mes:	07	Año:	2024
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA						DIRECCIÓN: CALLE 27 1D 35					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X		PRIVADA		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: CAQUETÁ	MUNICIPIO: FLORENCIA						CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS: 3104252463	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	25	Mes:	10	Año:	2024	Día:	13	Mes:	12	Año:	2024
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA						DIRECCIÓN: La Jagua de Ibirico Cesar					

7 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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	2	1

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **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 INCOPATIBILIDAD 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 *F l o r e n c i a C a q u e t á , 1 5 / 0 8 / 2 0 2 5*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **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.

Angelica Rocio Peña Sanchez

Firmado digitalmente por Angelica Rocio Peña Sanchez
Fecha: 2025.08.25 20:35:28 -05'00'

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2025-08-16 11:35

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
HARRINSON		URREA	MONTEALEGRE

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	6801276

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CAQUETÁ	FLORENCIA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CAQUETÁ	FLORENCIA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]
Cargo o función que cumple	INSTRUCTOR

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$10.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$717.556,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$20.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$1.000.000,00
TOTAL	$31.717.556,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$7.158,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$7.746.912,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$89,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTO	COLOMBIA	CAQUETÁ	FLORENCIA	$3.500.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRÉSTAMOS BANCOS Y TARJETA DE CRÉDITO	$16.488.614,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [X] No [ ]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País
ASOCIACIÓN DE TÉCNICOS ELECTRICISTAS DEL CAQUETÁ ASTECA	ASOCIACIÓN	ASOCIADO	COLOMBIA

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [X] No [ ]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación
TÉCNICO ELECTRICISTA	SERVICIOS ELÉCTRICOS INDEPENDIENTES Y DEMÁS

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [X] No [ ]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor
IGLESIA CRISTIANA CUADRANGULAR	$2.000.000,00

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) HARRINSON URREA MONTEALEGRE identificado(a) con CC 6801276 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **31/01/2022**

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE FLORENCIA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE , a los 15 días del mes 8 del año 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

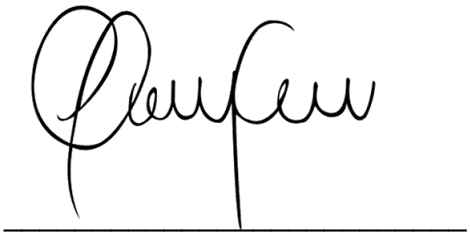
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

HARRINSON URREA MONTEALEGRE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **6.801.276**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Agosto del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso



Fecha: 14/May/2025, **Hora:** 04:59:36 p.m.
Apellido: URREA MONTEALEGRE **Nombre:** HARRINSON
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 6801276
Empresa: SENA
Cargo: INSTRUCTOR DE ELECTRICIDAD
Direccion: CALLE 27 1D -35 B/ LAS AMERICAS
Telefono: **Celular:** 3165609138 **Email:** harryumo@gmail.com **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 57 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 20.9 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** DIURNA
EPS: NUEVA EPS **ARL:** SURA **AFP:** PORVENIR
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 55363
Edad: 43 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 11/Mar/1982
Rh: O+

.

Examenes Realizados

Audiometria Clinica, Examen Medico Ocupacional Basico, Glicemia, Osteomuscular, Visiometria

Recomendaciones Especificas

Uso de Elementos de Proteccion Personal, Estilo De Vida Saludable, Osteomusculares: Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas., Visual: Educación en higiene visual, Uso de protección visual según tipo de exposición,adecuada iluminación del puesto de trabajo, pausas visuales.

Concepto

Sin restricciones con énfasis osteomuscula

Recomendaciones Personalizadas

Implementar ejercicio cardiovascular mínimo 3 veces a la semana se recomienda control de peso corporal, consumir con regularidad frutas en el desayuno, incluir diariamente verduras y abundante agua o líquidos, en lo posible no consumir bebidas gaseosas, fritos, realizar higiene postural en su lugar de trabajo.Requiere de uso de lentes para lectura.

Observaciones

Se realiza encuesta previamente al paciente, valoración médica ocupacional con elementos de bioseguridad, acorde a protocolo de Covid 19 del ministerio de salud. No cursa con ninguna comorbilidad para Covid 19.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud labora, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Jorge Andres Bolivar G.
Med. Especialista Medicina de Trabajo
Universidad del Rosario
Reg. Med. Esp. 123

Jorge Andres Bolívar Gomez Medico
Médico Esp. en Medicina del Trabajo
Registro #: Reg. Med. Esp. 123

HARRINSON URREA MONTEALEGRE
CC 6801276

Huella Digital

Audiometria Clinica



Fecha: 14/May/2025, **Hora:** 04:59:36 p.m.
Apellido: URREA MONTEALEGRE **Nombre:** HARRINSON **HC:** # 55363
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 6801276 **Edad:** 43 años
Direccion: CALLE 27 1D -35 B/ LAS AMERICAS **Sexo:** Masculino ♂
Telefono: **Celular:** 3165609138 **Email:** harryumo@gmail.com **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.

Peso: 57 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 20.9 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** DIURNA
EPS: NUEVA EPS **ARL:** SURA **AFP:** PORVENIR
Responsable: - Parentesco: - Telefono:

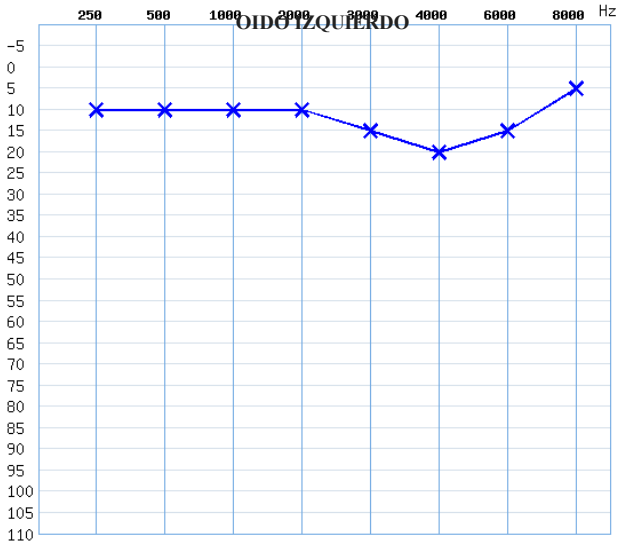
.

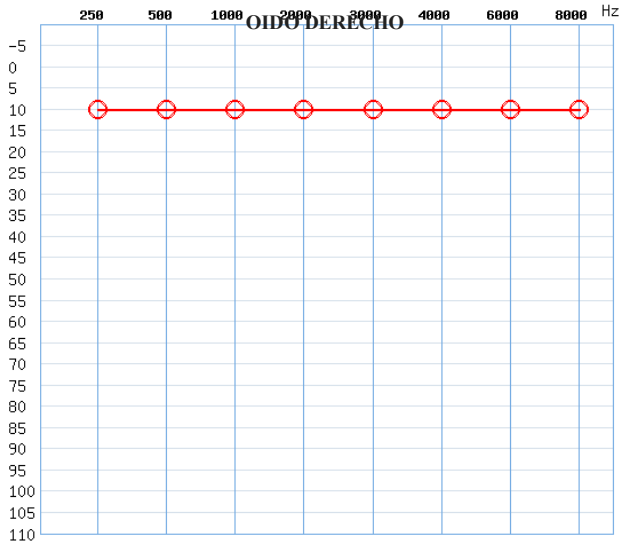
Antecedentes						
Personales	**Si/No**	**OI/OD**	**Personales**	**Si/No**	**Tiempo**	**Uso EPP**
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	No		No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No		No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	No		No
Prurito	No	Ninguno	Audífonos / Diademas	No		No
Acufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	Si		No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No		No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	No		No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				
Trabajo con Exposicion	No	Ninguno				

Antecedentes Laborales					
Empresa	**Puesto de Trabajo**	**Duracion en la Empresa**	**Exposicion a Ruido**	**Jornada Laboral**	**Medidas de Control**

OTOSCOPIA

Oido Derecho Normal **Oido Izquierdo** Normal





PTA Aerea 11.25 0 **PTA Osea**

	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aerea:	10	10	10	10	15	20	15	5
Vía Osea:								

PTA Aerea 10 0 **PTA Osea**

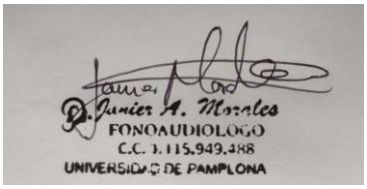
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aerea:	10	10	10	10	10	10	10	10
Vía Osea:								

Diagnostico Audiologico:

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL.

Recomendaciones:

SE SUGIERE CONTROL AUDITIVO ANUAL.



JANIER ALEXIS MORALES ESQUIVEL
Fonoaudiólogo

HARRINSON URREA MONTEALEGRE
CC 6801276

Huella
Digital

Resultados
Laboratorios



Fecha: 14/May/2025, **Hora:** 04:59:36 p.m.
Apellido: URREA MONTEALEGRE **Nombre:** HARRINSON
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 6801276
Empresa: SENA
Cargo: INSTRUCTOR DE ELECTRICIDAD
Direccion: CALLE 27 1D -35 B/ LAS AMERICAS
Telefono: **Celular:** 3165609138 **Email:** harryumo@gmail.com **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 57 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 20.9 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** DIURNA
EPS: NUEVA EPS **ARL:** SURA **AFP:** PORVENIR
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 55363
Edad: 43 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 11/Mar/1982
Rh: O+

.

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia		
Glicemia Basal	**97.4** mg/dl	70 a 110 mg/dl

Gabriela Charry Rojas
Apoyo administrativo

HARRINSON URREA MONTEALEGRE
CC 6801276

Huella Digital

Visiometria



Fecha: 14/May/2025, **Hora:** 04:59:36 p.m.
Apellido: URREA MONTEALEGRE **Nombre:** HARRINSON **HC:** # 55363
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 6801276 **Edad:** 43 años
Direccion: CALLE 27 1D -35 B/ LAS AMERICAS **Sexo:** Masculino ♂
Telefono: **Celular:** 3165609138 **Email:** harryumo@gmail.com **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 57 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 20.9 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** DIURNA
EPS: NUEVA EPS **ARL:** SURA **AFP:** PORVENIR
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

Antiguedad en la Empresa Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopía	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	No				
Miopía	No				

Correccion	
Usa Lentes	No
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	No
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	No

Evaluacion					
Agudeza Visual	**Vision de Lejos SC**	**Vision de Cerca SC**	**VL CC**	**VP CC**	**ADD**
O.D.	20/20	20/37			
O.I.	20/20	20/37			
A.O.	20/20	20/37			

Examen Externo				
Percepcion del Color			**Convergencia**	
Percepcion Anormal	No		Lejos	No
			Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	**Izquierdo**	**Derecho**	**Izquierdo**
Agudeza Visual Normal	X	X		

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida		
Inadecuadamente Corregida		
No Corregida	X	X

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad	X	
Percepcion de Colores	X	
Forias	X	
Vision Periferica	X	

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomendaciones

Debe usar correccion para laborar	Si No X	Valoracion por Optometria	Si X No	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en Meses

Conducta Requiere de uso de lentes para lectura

Jorge Andres Bolivar G.
Med. Especialista Medicina de Trabajo
Universidad del Rosario
Reg. Med. Esp. 123

Jorge Andres Bolívar Gomez Medico
Médico Esp. en Medicina del Trabajo
Registro #: Reg. Med. Esp. 123

ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO
SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL
DIRECCIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES

CERTIFICADO DE REGISTRO
INDUSTRIA Y COMERCIO

www.villavicencio.gov.co @villavoalcaldia
Código Postal 500.001

FECHA: 21/08/2025 **No. 25180110003413**

La suscrita Directora Técnica de la Dirección de Impuestos Municipales de la **Alcaldía de Villavicencio - Meta**:

CERTIFICA:

Que verificado en la base de datos del Sistema se encontró inscrito el siguiente Contribuyente:

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

1. Número de Identificación Tributaria	D.V.	2. Tipo de Contribuyente	3. Régimen
6801276	5	NATURAL	SIMPLIFICADO

4.Razón Social y/o Nombre del Propietario
URREA MONTEALEGRE HARRINSON

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
15/08/2025	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO		URREA MONTEALEGRE HARRINSON

UBICACIÓN

13. Dirección Principal
CALLE 27 # 1D - 3

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
FLORENCIA	CAQUETA	AMÉRICAS
17. Correo Electrónico	**18. Teléfono**	**19. Código Postal**
HARRIUMO@GMAIL.COM	3165609138	

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	314	308023	15/08/2025
Actividad Secundaría			
Actividad Terciaría			
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

Matricula M.	Nombre del Establecimiento	Dirección	Fecha de Apertura	Fecha de Cierre

Se expide el **21 de agosto del 2025** en el Municipio de Villavicencio - Meta.

Firma del Responsable

MYRIAM LUCIA FRANCO RUIZ
Directora Técnica de Impuestos Municipales
Esta firma tiene validez de conformidad con el Decreto 2150 de 1995, autorizada por la Resolución No. 089 de 2018, modificada por la Resolución No. 189 de 2021

Proyectó: BTURRIAGO

ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

FORMULARIO DE NOVEDADES
DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT: 892.099.324-3

FECHA: 23/08/2025

No. 25360110005912

INFORMACION GENERAL			
1. Tipo de Novedad **ACTUALIZACIÓN PORTAL**	2. Fecha Inicio de Actividades Municipio 15/08/2025	3. No. De Matricula Mercantil	4. Fecha De Matricula Mercantil 15/08/2025

INFORMACION DEL CONTRIBUYENTE				
5. Tipo de Documento CC	6. No. de Documento **6801276**	7. D.V. 5	8. Tipo de Persona NATURAL	9. Régimen Industria y Comercio Común () – Simplificado(**X**)
10. Razón Social / Nombre y Apellidos del contribuyente **URREA MONTEALEGRE HARRINSON**				
11. ¿Gran Contribuyente?	12. ¿Agente Retenedor?	13. ¿Contribuyente Temporal?	14. ¿Declara Alumbrado?	

REPRESENTANTES LEGALES				
Tipo Representante	Tipo documento	Documento	Nombres y Apellidos	Teléfono

INFORMACIÓN DE CONTADOR O REVISOR FISCAL			
15. Tipo de Documento CC	16. No. de Documento	17. Nombres y Apellidos	18. Tarjeta Profesional

INFORMACIÓN DE NOTIFICACIÓN JUDICIAL			
19. Dirección Fiscal CALLE 27 # 1D - 3	20. Departamento CAQUETA	21. Ciudad o Municipio FLORENCIA	
22. Barrio AMÉRICAS	23. Correo Electrónico HARRIUMO@GMAIL.COM	24. Teléfono 3165609138	25. Celular 3165609138

ACTIVIDADES ECONOMICA			
Código	Descripción	Fecha Inicio	Fecha Fin
8299-0	OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.	16/10/2024	

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO				
Nombre	Dirección	Teléfono	Fecha Apertura	Fecha Cierre

Al firmar declaro que toda la información proporcionada con este formulario es verdadera y completa.
He leído y acepto los términos y condiciones del manejo de datos y la notificación por correos electrónicos.

Representante Legal o Propietario	Código de Verificación
 Nombre: **URREA MONTEALEGRE HARRINSON** No. Identificación: 6801276	

**** GENERADO PORTAL PUBLICO POR 6801276 - FECHA: 23/08/2025 ****