Continuación Documentos
Acta de Inicio.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# POLITÉCNICO SUPERIOR *de Colombia*

Licencia de funcionamiento mediante resolución N° 007185 de 2016 de la Secretaria de Educación de Medellín NIT 900.914.208-2 - Matrícula Mercantil N° 21- 549966 - 12

HACE CONSTAR QUE :

## JORGE ELIECER MORALES PADILLA

Con Documento de Identidad No 1067869373

**CURSÓ Y APROBÓ EL**

## DIPLOMADO EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

**MEDELLIN - MARZO 09 DE 2018**

**Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas**

**Registrado en el Libro de Actas No 0020180309**

POLITECNICO SUPERIOR de Colombia

NIT. 900.914.208-2

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 180309A

**www.politecnicosuperior.edu.co**

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo admisiones@politecnicosuperior.edu.co indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo.

2691

3602

UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

FACULTAD DE CIENCIAS E INGENIERIAS

# *Reconocimiento*

*A*

## *Jorge Eliecer Morales Padilla*

*POR SU ALTO DESEMPEÑO EN LOS*

*EXAMENES DE CALIDAD DE LA EDUCACION SUPERIOR, ECAES, 2008,*

*DEL PROGRAMA DE INGENIERIA CIVIL*

*ILSE BECHARA CASTILLA*
*RECTORA*

*ADRIANA SUAREZ DE LACOUTURE*
*VICERRECTORA ACADEMICA*

*MONTERIA, MAYO DE 2009*

3603

# UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

## Jorge Eliécer Morales Padilla

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.067.869.373 de Montería, (Córd.) , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN T
VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL. VALORES CULTURALE
HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION I
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

## Ingeniero Civil

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTU
CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULT
REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERE
NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL REC
VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE Montería
A LOS 28 DIAS DEL MES DE Mayo DEL AÑO 2009

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENER



UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

La Facultad de Ciencias e Ingenierías, en sus 20 años, exalta a su egresado

Ingeniero Civil:

*Jorge Morales Padilla*

Por su profesionalismo y liderazgo en la región

Montería, Abril 10 de 2014

3605

# UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

Nit. 891-000692-1

Montería, octubre 19 de 2009

EL **DIRECTOR DE POSTGRADOS Y EDUCACIÓN CONTINUADA**

**HACE CONSTAR:**

Que **JORGE MORALES PADILLA** con cédula de **1.067.869.373** expedida en Montería, cursó y aprobó el Diplomado en Dirección e Intervención de Obras, como opción de grado que finalizó en Marzo 28 de 2009.

Que el Diplomado tuvo una duración de 120 horas.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado

***CARLOS HUMBERTO HOYOS LOPEZ***

Calle 31 No. 3-06 Tel. 790 68 95 – 790 68 97
Montería – Córdoba

UNINI
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL IBEROAMERICANA

# LA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL IBEROAMERICANA

Por recomendación de su facultad otorga a / Upon recommendation of the faculty hereby confers on

## *Jorge Eliecer Morales Padilla*

*Documento de Identidad 1067869373 Identification number*

EL TÍTULO DE

## MAESTRÍA EN DISEÑO, GESTIÓN Y DIRECCIÓN DE PROYECTOS

THE DEGREE OF

## MASTER IN DESIGN, DIRECTION AND PROJECT MANAGEMENT

Junto con todos los derechos y privilegios correspondientes a dicho grado para que así conste el sello de la Universidad y las firmas del Rector y el Presidente de la Junta se quedan fijados en Arecibo, Puerto Rico (EE.UU.), 20 de octubre de 2017.

Together with all the rights and privileges pertaining to that degree in witness whereof the seal of the University and the signatures of the Rector and the President of the Board are hereby affixed in Arecibo, Puerto Rico (USA), October 20th, 2017.

Dra. Carmen Rita Rosario Rosario
Rectora/Chancellor

Dr. Justo Arrarte de Rosa
Presidente/President

Registro / Register: 17-0190

3606

Universidad Europea del Atlántico

El Rector de la Universidad Europea del Atlántico
The Chancellor of Universidad Europea del Atlántico

por recomendación de su Claustro docente otorga a — upon recommendation of the Faculty confers on

# *JORGE ELIECER MORALES PADILLA*

con documento de identificación nº 1067869373 — holding ID number 1067869373

quien ha superado satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Junta de Calificaciones por lo que se confiere el título propio de — who has satisfactorily fulfilled all requirements of the Examination Board and has been awarded a

## *Máster en Diseño, Gestión y Dirección de Proyectos*

## *Master in Design, Operation and Project Management*

con todos los derechos y privilegios correspondientes a este título.
Este Título propio de Postgrado consta de 90 ECTS.
Expedido en Santander (España) a 27 de noviembre de 2017

with all rights and privileges pertaining thereto.
This Postgraduate Program comprises 90 ECTS.
Given on Santander (Spain), November 27th, 2017

El Rector
*Chancellor*

Rubén Calderón Iglesias

UNIVERSITAS · UNIVERSIDAD EUROPEA DEL ATLÁNTICO

RECTORADO

El Secretario General
*Registrar*

Roberto D. Ruiz Salces

Registro de Títulos : F4677/2017



3607

REPUBLICA DE COLOMBIA

05706

# UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

## Jorge Eliecer Morales Padilla

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.067.369.373 de Montería, (Córd.) , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

## Especialista en Geotecnia

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE Montería
A LOS 27 DIAS DEL MES DE Octubre DEL AÑO 2011

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

LIBRO 2 FOLIO 203

3608

3609

# UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

Facultad de
Ciencias e Ingenierías

ACTA DE GRADO NUMERO 0446-008IC

Resolución No. 0985 de Mayo 18 de 2009

CONSIDERANDO QUE

## Jorge Eliécer Morales Padilla

C. C. No 1.067.869.373 expedida en Montería - Córdoba

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los acuerdos y reglamentos de la Universidad resuelve otorgarle el título de

## Ingeniero Civil

En nombre y representación de la Universidad del Sinú -Elías Bechara Zainum- y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Rector hizo entrega del Diploma No 04437 registrado en el folio 585 del libro 1

En el testimonio de lo anterior se firma la presente acta de grado en la ciudad de Montería, a los veintiocho (28 ) días del mes de Mayo de 2009

Rectora

Secretario General

Decano



No. 0003662

3610

# UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

**ACTA DE GRADO NUMERO 0133-001EG**

*Resolución No. 1270 de Octubre 13 de 2011*

CONSIDERANDO QUE

## Jorge Eliecer Morales Padilla

C. C. No. 2.067.869.373 expedida en Montería (Córd.)

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los acuerdos y reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

## Especialista en Geotecnia

En nombre y representación de la Universidad del Sinú -Elías Bechara Zainúm- y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Rector hizo entrega del Diploma No. 05706 registrado en el folio 203 del libro 2

En el testimonio de lo anterior se firma la presente acta de grado en la ciudad de Montería, a los veintisiete ( 27 ) días del mes de Octubre de 2011.

Rectora

Secretario General

Decano Fac. Ciencias e Ingenierías.

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No.4973 del 29 de Diciembre de 2004

Campus Universitario Elías Bechara Zainúm: Cra. 1W Cll. 38 PB.X. (4) 784 0340 Montería, Córdoba unisinu@unisinu.edu.co

No. 0006930



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.869.373
MORALES PADILLA

APELLIDOS
JORGE ELIECER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1988
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

26-FEB-2007 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1300100-00300486-M-1067869373-20110513 0026951 40A 1 36711366

3612



REPUBLICA DE COLOMBIA

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA

COPNIA

MATRICULA PROFESIONAL No.

2220217367 2COR

INGENIERO CIVIL

DE FECHA 22/12/2009

JORGE ELIECER

MORALES PADILLA

C.C. 1067866373

UNIVERSIDAD DEL SINU

PRESIDENTE DEL CONSEJO

INGELABCON **S.A.S**
NIT: 901.124.673-8
**CONFIABILIDAD EN NUESTROS RESULTADOS**

# CERTIFICACIÓN

**INGELABCON S.A.S** certifica que el ingeniero **JORGE ELIECER MORALES PADILLA**, identificado con cedula ciudadanía **N° 1.067.869.373**, expedida en la ciudad de Montería, presta sus servicios en nuestra organización desde el día 18 de octubre de 2017 hasta la actualidad.

Desempeña el cargo de **CONSULTOR-ESPECIALISTA EN GEOTECNIA** en nuestra organización en el área de **RECOMENDACIONES, ESTUDIOS, DISEÑOS Y ANÁLISIS GEOTÉCNICOS** en las consultorías públicas y privadas que presta la empresa, entre ellos los estudios y diseños:

- **ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA ACUEDUCTO INTERVEREDAL DEL MUNICIPIO DE MOÑITOS, EN EL CORREDOR VOLUNTAD - LA RISA.**
- **REMODELACIÓN DEL PALACIO MUNICIPAL DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO LOS CÓRDOBA, DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.**
- **ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL TANQUE DE ALMACENAMIENTO, SISTEMA DE BOMBEO Y CONDUCCIÓN A TANQUE ELEVADO CENTRO PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL ACUEDUCTO DEL MUNICIPIO DE PLANETA RICA – ETAPA II CÓRDOBA.**
- **CONSTRUCCIÓN DE PLACA HUELLA EN LAS VÍAS DEL CORREGIMIENTO DE GUAIMARAL, MUNICIPIO DE TUCHÍN, DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA.**
- **CONSTRUCCIÓN DE MÓDULO DE POTABILIZACIÓN DE 30 L/S PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO DE AGUA EN EL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE TIERRALTA – CÓRDOBA.**
- **AMPLIACIÓN DEL SISTEMA DE ALCANTARILLADO EN LOS BARRIOS 11 DE ENERO, BAHIA Y PLANCHON DEL MUNICIPIO DE PUERTO ESCONDIDO - CORDOBA.**
- **CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE EROSIÓN, EN EL PUENTE DE TORRENTE INDÍGENA SOBRE EL ARROYO AMANSAGUAPOS DEL MUNICIPIO DE COVEÑAS SUCRE.**

Confiabilidad en nuestros resultados

INGELABCON S.A.S
NIT. 901.124.673-8
**Oficina:** CR 9-A CALLE 34 - 35 Primer piso
B/:Ospina Pérez - Montería–Córdoba
Cel:3146317410 –
**Email:** ingelabcon@gmail.com

INGELABCON **S.A.S**

NIT: 901.124.673-8

**CONFIABILIDAD EN NUESTROS RESULTADOS**

Esta certificación se expide a solicitud del interesado en Montería, a los 20 días del mes de julio de 2021, con destino **A QUIEN PUEDA INTERESAR.**

**JESÚS DAVID PIZARRO FENÁNDEZ**
C.C. 1.126.243.699
Representante legal de INGELABCON S.A.S.
Nit. 901.124.673-8

INGELABCON S.A.S.
Confiabilidad en nuestros resultados

3615

# INGELABCON S.A.S

NIT: 901.124.673-8

**CONFIABILIDAD EN NUESTROS RESULTADOS**

**CERTIFICA QUE**

El Ingeniero **JORGE ELIÉCER MORALES PADILLA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.067.869.373 expedida en Montería-Córdoba, laboró en el cargo de **ESPECIALISTA EN GEOTECNIA** en el contrato que se describe a continuación:

| | |
|---|---|
| **CONTRATO** | 067-2020 |
| **OBJETO** | CONSULTORIA PARA EL MEJORAMIENTO Y/O MANTENIMIENTO DE LAS OBRAS DE MITIGACION Y RECUPERACION DE LA BANCA EN LA VIA No. 169 DOSQUEBRADAS VERSALLES – SABANITAS, DEPARTAMENTO DE RISARALDA |
| **CONTRATANTE** | CONSORCIO RISARALDA |
| **CONTRATISTA** | INGELABCON SAS |
| **FECHA INICIO** | Agosto 3 de 2020 |
| **FECHA RECIBO FINAL** | Diciembre 5 de 2022 |

Se expide este certificado el 19 de diciembre del 2022.

**JESÚS DAVID PIZARRO FENÁNDEZ**
C.C. 1.126.243.699
Representante legal de INGELABCON S.A.S.
Nit. 901.124.673-8



# CONSORCIO MEJORAMIENTO SANTA LUCIA 2022

3616

**A QUIEN INTERESE:**

**CONSORCIO MEJORAMIENTO SANTA LUCIA 2022**, identificado con NIT 901613126-9, mediante la presente certifica que el ingeniero civil, **JORGE MORALES PADILLA** con matrícula profesional No.22202-178672COR, laboro en este consorcio desde el 23 de agosto de 2022 hasta el 30 de diciembre de 2024, como ESPECIALISTA EN GEOTECNIA, para la obra que tiene como objeto "**MEJORAMIENTO DE LA VIA SANTA LUCIA- LAS GARITA - SAN JUAN - LOS HIGALES, EN EL MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DE LORICA – CORDOBA".**

La presente se expide a Veintiún (21) días del mes de abril de 2025.

Atentamente,

**CLAUDIA IBAÑEZ MEZA**
Rep. Legal Consorcio Mejoramiento Santa Lucia 2022
C.C. No. 1.102.828.523 de Sincelejo

**DIRECCION: CARRERA 45 #27-28 BARRIO CARIBE**
**E-MAIL: Consormejoramientosantalucia@gmail.com**
**Cel: 3017544174**

3617

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2025-3554545

**CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA**
**COPNIA**

**EL DIRECTOR GENERAL**

**CERTIFICA:**

1. Que JORGE ELIECER MORALES PADILLA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 1067869373, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA CIVIL con MATRICULA PROFESIONAL 22202-178672 desde el 22 de Diciembre de 2009, otorgado(a) mediante Resolución Nacional 1432.

2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los dos (02) días del mes de Mayo del año dos mil veinticinco (2025).

**Rubén Dario Ochoa Arbeláez**

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado
El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.
Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

3618

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 |
|---|---|---|
| Manjarres | Palacio | Jair Jose |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.065.599.060 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 05 MES 11 AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Cesar

MUNICIPIO Valledupar

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Clle 7d #29-39

PAÍS Colombia DEPTO Cesar

MUNICIPIO Valledupar

TELÉFONO 300 327 9402 EMAIL JJmanjarresp@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: Bachiller Academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 12 AÑO 2005 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 10 | X | | Ingeniero Agroforestal | 12 | 2013 | 20279-268557 |
| TL | 5 | X | | Tecnologo en Gestion de Recursos Naturales | 01 | 2011 | |
| ES | 2 | X | | Especialista en Gestión Ambiental | 11 | 2022 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

3619

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*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.

3620

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* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 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* 30/04/2025

Jair Manjarrés Palacio

*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*

3621

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.065.599.060
NUMERO

MANJARRES PALACIO
APELLIDOS

JAIR JOSE
NOMBRES

Jair Manjarrés P.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-1988
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

07-NOV-2006 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1200100-37157747-M-1065599060-20070307 05053 07066A 02 224736842

362L



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Cla

NÚMERO 1065599060

APELLIDOS Y NOMBRES

MANJARRES PALACIO
JAIR JOSE

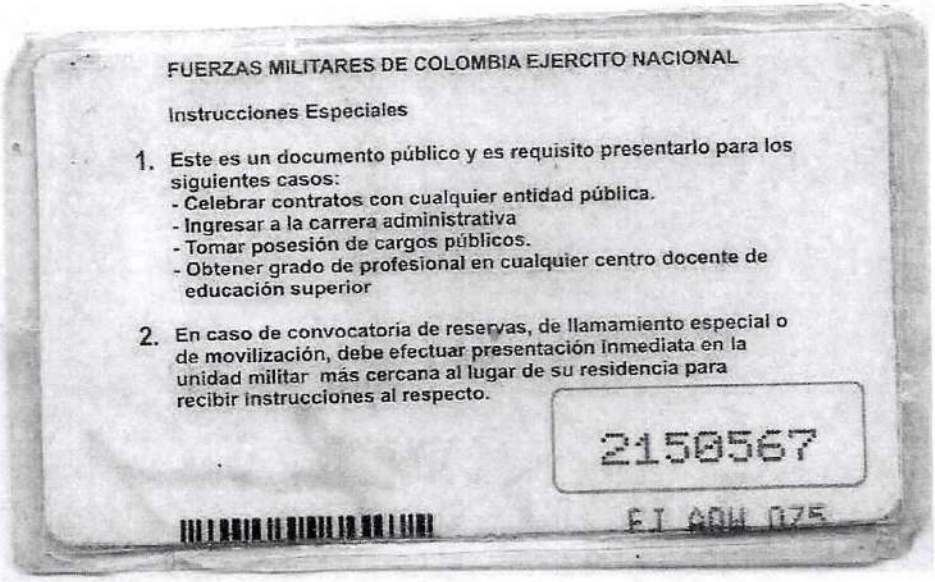
PASO AL EJERCITO DE:

| 1ª LÍNEA 31 - DIC | 2ª LÍNEA 31 - DIC | 3ª LÍNEA 31 - DIC |
|---|---|---|
| 2018 | 2018 | 2038 |

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP: 16 FEB 2007

MY. JOHN RAVILA P.
OFICIAL TE DE DISTRITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

2150567

EJ ADM 075

3623

REPUBLICA DE COLOMBIA

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA

COPNIA



MATRÍCULA PROFESIONAL No.
20279-268537 CES
INGENIERO AGROFORESTAL

DE FECHA 24/01/2014
JAIR JOSE
MANJARRES PALACIO
C.C. 1065599060
UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

PRESIDENTE DEL CONSEJO

Señales Ltda.

Este es un documento público expedido en virtud de la Ley 842 de 2003, que autoriza a su titular para ejercer como Ingeniero en todo el Territorio Nacional.

En caso de extravío debe ser remitida al COPNIA.

Calle 78 No. 9 - 57 Oficina 1301 Tel.: 636 5364 Bogotá D.C.
01 8000 116590

3624

...COPIA..DIGITAL..AUTENTICA...

República de Colombia

# AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

## LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

## JAIR JOSE MANJARRES PALACIO

C.C. Nº. 1065599060

Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de

## ESPECIALISTA EN GESTIÓN AMBIENTAL

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 11 de Noviembre de 2022

Rector

Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
RECTORÍA

Decano

Tomo 2 · Folio 84 · Registro 19868 · Acta No. 966 · Fecha 11 de Noviembre de 2022 ·

Código de Seguridad: 2728-AA-054585

Código Seguro de Verificación: 13aT9czPusAj9Rez

3625

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

UNAD
Universidad Nacional
Abierta y a Distancia

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD
Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

# Jair José Manjarrés Palacio

Cédula de Ciudadanía No. 1065599060 de Valledupar

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Institución, de conformidad con las normas legales
y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

## INGENIERO AGROFORESTAL

Dado en Bogotá D.C. el día 14 de diciembre de 2013

Rector

Decano Escuela

Secretario General

Acta de Grado Nº 2622
Fecha 14 de diciembre de 2013
Registro de Diploma 61205
Libro 16, Folio 16

Registro M.E.N. 1686

Código de Seguridad: 2122-RA-000102

3626

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## JAIR JOSE MANJARRES PALACIO

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1.065.599.060*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

**Título de**

ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA EN

## EVALUACIÓN DE IMPACTO AMBIENTAL

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Valledupar, a los nueve (9) días del mes de abril de dos mil doce (2012)*

Firmado Digitalmente por
FARITH HERNANDO PABA RUBIO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

FARITH HERNANDO PABA RUBIO
SUBDIRECTOR CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE
REGIONAL CESAR

**6847341 - 09/04/2012**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 911400025866TCC1065599060C.

3624

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## *JAIR JOSE MANJARRES PALACIO*

con documento de identificación No. CC.1065599060

Curso y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

**Título**

de

## TECNÓLOGO EN GESTION DE RECURSOS NATURALES

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en VALLEDUPAR

a los 17 días del mes de Enero de 2011.

CARMEN MARLENE QUINTERO ROMERO

SUBDIRECTOR(A) (E) CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE

REGIONAL CESAR

179311 17/12/2010

Número y Fecha Registro

3628

*La República de Colombia*

*y en su nombre la*

***Institución Educativa Técnico Industrial***
***"Pedro Castro Monsalvo"***

*Valledupar - Cesar*

*Autorizada por la Secretaría de Educación Municipal, Según Resolución No. 0182 del 23 de Junio de 2005*

***Confiere a:***

**JAIR JOSE MANJARRES PALACIO**

*Identificado(a) con* C. C. *No.* 881105-57641 *de* VALLEDUPAR

***El Título de:***

# *Bachiller Técnico Industrial*

## *Especialidad* MECANICA INDUSTRIAL

*Por haber alcanzado y aprobado los logros de Formación Integral Correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, y haber cumplido con los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional P.E.I.*

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO INDUSTRIAL PEDRO CASTRO MONSALVO Valledupar - Cesar

*Rector(a)*

*Secretario(a)*

*Dado en Valledupar - Cesar, a los* 05 *de* Dic. *de* [illegible]

*Anotado al Folio No.* 104 *Libro de Registro No* [illegible]

*No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

3629

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2025-3555299

**CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA**
**COPNIA**

**EL DIRECTOR GENERAL**

**CERTIFICA:**

1. Que JAIR JOSE MANJARRES PALACIO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 1065599060, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA AGROFORESTAL con MATRICULA PROFESIONAL 20279-268537 desde el 24 de Enero de 2014, otorgado(a) mediante Resolución Nacional 140.

2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los dos (02) días del mes de Mayo del año dos mil veinticinco (2025).

**Rubén Dario Ochoa Arbeláez**

Jair Manjarrés Palacio
Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado
El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.
Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

3630

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Tapias | Agamez | Ana Milena |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 50923322 | F ⊗ M ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 26 MES 11 AÑO 1977

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CÓRDOBA

MUNICIPIO MONTERÍA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 11 13 04 B/SAMARIA

PAÍS COLOMBIA DEPTO CÓRDOBA

MUNICIPIO MONTERÍA

TELÉFONO 3023468280 EMAIL milenagamez26@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 | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 1X1° | MES | 11 | AÑO | 1997 |

***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 | | TRABAJO SOCIAL | 08 | 2007 | 151615015-I |

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 |
| | | | | | | | | | |

3631

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 O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>UNIVERSIDAD DE CORDOBA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CÓRDOBA | *MUNICIPIO*<br>MONTERÍA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6047860920 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 20 | *Mes* | 05 | *Año* | 2022 | *Día* | 19 | *Mes* | 08 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APOYO A PROFESIONALES | *DEPENDENCIA*<br>AREA TRABAJO SOCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 6 77 305 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>. FUNDACION SOCIAL | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SUCRE | *MUNICIPIO*<br>OVEJAS | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3335622 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 05 | *Mes* | 10 | *Año* | 2020 | *Día* | 06 | *Mes* | 11 | *Año* | 2020 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ACOMPAÑAMIENTO A HOGARES FAMY | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE TRABAJO SOCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 5 22 51 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CORPORACION EDUCATIVA COLEGIO GRAN COLOMBIA | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CÓRDOBA | *MUNICIPIO*<br>MONTERÍA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6745351 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 28 | *Mes* | 01 | *Año* | 2019 | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APOYO PSICO- ORIENTACION | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE TRABAJO SOCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 30N 56 15 LA MARIA SECTOR SAN BERNARDO | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ICBF CENTRO ZONAL MONTERIA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CORDOBA | *MUNICIPIO*<br>MONTERÍA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7821444 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 01 | *Año* | 2017 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>PROTECCION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 43N 3 24 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ICBF CENTRO ZONAL MONTERIA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CÓRDOBA | *MUNICIPIO*<br>MONTERÍA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7821444 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 04 | *Año* | 2016 | *Día* | 17 | *Mes* | 12 | *Año* | 2016 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>PROTECCION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 43N 3 24 | | | | | |

3632

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>FUNDACION VILLA SOÑADA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CÓRDOBA | *MUNICIPIO*<br>MONTERÍA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>78672802 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 07 | *Año* 2013 | *Día* | 15 | *Mes* | 12 | *Año* | 2013 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>10945-PROMOTOR SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE TRABAJO SOCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>BARRIO LA JULIA CALLE 17 N° 9-93 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CÓRDOBA | *MUNICIPIO*<br>MONTERÍA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7958135 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 01 | *Año* 2009 | *Día* | 30 | *Mes* | 12 | *Año* | 2009 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>EMPLEADO(A) TRABAJO SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE TRABAJO SOCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 14N °22 50 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>FUNDINCOR | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CÓRDOBA | *MUNICIPIO*<br>MONTERÍA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3205183150 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 01 | *Año* 2008 | *Día* | 30 | *Mes* | 05 | *Año* | 2008 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>TRABAJADORA SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE TRABAJO SOCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 24K 11 08 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CORPORACION INSTITUTO EDUCATIVO SINERGIA KINDER GARDEN | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CÓRDOBA | *MUNICIPIO*<br>MONTERÍA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>0 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 06 | *Año* 2005 | *Día* | 30 | *Mes* | 12 | *Año* | 2005 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>DOCENTE AULA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DOCENCIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA 3 1 1 VIA SIERRA CHIQUITA EDIF JUNIN | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>AGUA PURA LA TINAJA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>ARBOLETES | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3116302419 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 10 | *Mes* | 01 | *Año* 2005 | *Día* | 10 | *Mes* | 08 | *Año* | 2006 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>JEFE DE RECURSO HUMANO | *DEPENDENCIA*<br>RECURSOS HUMANOS | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AVENIDA 1 1 1 SAN ISIDRO | | | | | | |

3633

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>FISCALIA GENERAL DE LA NACION | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CÓRDOBA | *MUNICIPIO*<br>MONTERÍA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6047826656 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 23 | *Mes* | 07 | *Año* 2003 | *Día* | 07 | *Mes* | 06 | *Año* | 2004 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>(AUXILIAR ATENCION AL USUARIO | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE TRABAJO SOCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 28 4 21 PISO 2 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE MONTERIA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CÓRDOBA | *MUNICIPIO*<br>MONTERÍA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7824321 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 01 | *Año* 2003 | *Día* | 20 | *Mes* | 06 | *Año* | 2003 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>10214 TRABAJADORA SOCIAL/ PSI | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE TRABAJO SOCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 31N °6 09 | | | | | | |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA* | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | *Día:* | | *Mes:* | | *Año:* | | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO* | *NIVEL EDUCATIVO* | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |

## 5 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 | 2 | 7 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 9 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 1 | 3 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 6 | 8 |

3634

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**6 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* Montería, 30 de abril de 2025

Ana Milena Tapia A.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

**7 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*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.923.322
TAPIA AGAMEZ
APELLIDOS
ANA MILENA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 26-NOV-1977
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-ABR-1997 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

3636

REPUBLICA DE COLOMBIA

Nº 002725

# UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

## Ana Milena Tapia Agámez

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 50.923.122 de Montería, (Córd.) , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

## Trabajadora Social

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE Montería
A LOS 30 DIAS DEL MES DE Agosto DE LAÑO 2017

| EL RECTOR | EL VICERRECTOR | EL DECANO | EL SECRETARIO GENERAL |
|---|---|---|---|
| | | | |

# UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

CERTIFICA QUE

## Ana Milena Tapia Agámez

C.C. No. 50.923.322 EXPEDIDA EN Montería

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS PARA EL

## DIPLOMADO EN

## Docencia e Investigación Universitaria

MONTERIA, Enero de 2007

RECTOR

DIRECTOR DE POSTGRADOS Y ESTUDIOS CONTINUADOS

No. 0372

D&P 05-2

3634

3838

# Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 y Decreto 2833 de 1981

**Nit 800005991-9**

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN**
**EL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**
**HACE CONSTAR QUE:**

1. **ANA MILENA TAPIA AGÁMEZ**, con cédula No. 50923322 de Montería (Córdoba), el 25 de Agosto de 2009 solicitó su inscripción ante este Consejo.

2. Después de verificar la documentación recibida, se constató que cursó la carrera de Trabajo Social en la **UNIVERSIDAD DEL SINÚ**, la cual le otorgó el título correspondiente.

3. Al cumplir con lo ordenado por el artículo 4 del Decreto 2833 de 1981, con respecto a la documentación presentada, fue aprobada la inscripción por medio de la Resolución 0282 del 31 de Agosto de 2009, en la que también se incluyeron otros trabajadores sociales.

4. Cumpliendo con el mandato del artículo 22 de la Ley 962 de 2005 (julio 8), acerca del *Número Único de Identificación Personal* (NUIP), el número de la inscripción es el mismo de la cédula de ciudadanía: 50923322.

5. Para verificación y control se le asignó un código interno: 151615015, utilizado exclusivamente para uso del Consejo.

6. Por tanto, ya inscrita ante el Consejo, esta persona podrá ejercer legalmente la profesión de Trabajo Social en Colombia, según lo estipulado en el artículo sexto de la Ley 53 de 1977.

7. Como los artículos 18 y 19 del decreto 2106 (22 de noviembre de 2019) suprimen tarjetas, matrículas y registros profesionales, esta certificación reemplaza el *registro profesional* que se venía utilizando en Trabajo Social.

8. De acuerdo con la Resolución 0014 (abril 24 de 1991) que autoriza a la presidencia del Consejo la aprobación de la inscripción, se expidió este documento, en Bogotá, D.C., el 25 de Agosto de 2009.

9. Que este Certificado tiene vigencia por seis(6) meses a partir del 19 de enero de 2025, dado en Bogota D.C

**Elaborado por EjerzoLegalmente**
**Valide éste documento ingresando el código iFAE72G67B** en el siguiente enlace.
https://ejerzo.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/public/documentmanagement/validate

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobierno del Cambio

El Ministerio de Salud y Protección Social junto al
Programa Hilando Vidas y Esperanza de USAID implementado por OIM

CERTIFICAN QUE

ANA MILENA TAPIA AGAMEZ

Cédula de ciudadanía No: 50923322

PARTICIPÓ EN

# CURSO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VÍCTIMAS PAPSIVI

**Intensidad horaria:**
60 horas

**Fecha de expedición:**
3 de septiembre de 2024

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

OIM ONU MIGRACIÓN

hilando vidas y esperanza

3639

3640

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 |
|---|---|---|
| Padilla | Meza | Beatriz Elena |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 23178952

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 14 MES 08 AÑO 1985

PAÍS: Colombia

DEPTO: Sucre

MUNICIPIO: Sincelejo

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cll 28A # 10-14

PAÍS: Colombia DEPTO: Sucre

MUNICIPIO: Sincelejo

TELÉFONO: 3013702959 EMAIL: ing.beatrizpadilla@gmail.

## 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 12 AÑO 2002 |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 10 | x | | Ingeniera Industrial | 04 | 2009 | 2222817432 |
| ES | 2 | x | | Esp. Salud Ocupacional | 09 | 2011 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

3691

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*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.

3642

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* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 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* 30/04/2025

*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*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

No. 23.178.952

PADILLA MEZA
APELLIDOS

BEATRIZ ELENA
NOMBRES





INDICE DERECHO

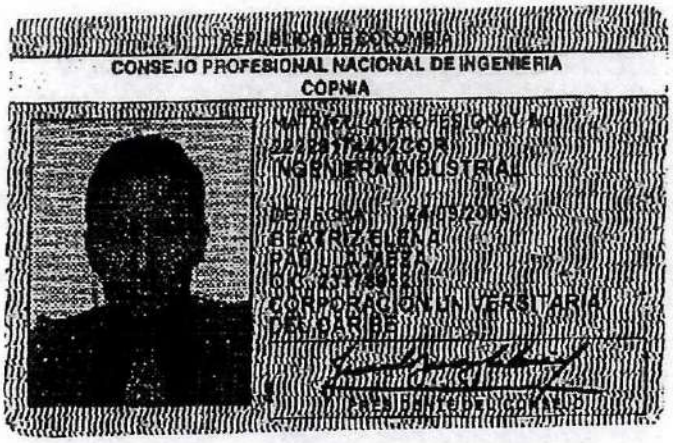
FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1985
SINCELEJO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-NOV-2003 SINCELEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-2800100-42123152-F-0023178952-20040316 02094 04076M 02 1602168B2


REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA
COPNIA
MATRICULA PROFESIONAL No.
INGENIERO INDUSTRIAL
BEATRIZ ELENA
CORPORACION UNIVERSITARIA
DEL CARIBE
PRESIDENTE DEL CONSEJO

3695

Corporación Universitaria del Caribe
CECAR
CECAR
Personería Jurídica No. 7788 MEN-ICFES - NIT 892.280.203 - 1
Carrera Troncal de Occidente
Tels.: (095) 280-40 29 - 280-40 32
Fax: (095) 280 11 14
A.A. 308 - Sincelejo, Colombia
E-mail: cecar@cecar.edu.co

## ACTA DE GRADO N°. 0213

*En la ciudad de Sincelejo, Departamento de Sucre, República de Colombia, el día 03 de Abril de 2009, se llevó a cabo la ceremonia de graduación, autorizada por el Consejo Académico, mediante Acuerdo N°.06 del 25 de Marzo de 2009, en la cual la Corporación Universitaria del Caribe, CECAR, otorgó el título profesional a nivel de Pregrado, de:*

***Ingeniera Industrial***

A

***Beatriz Elena Padilla Meza***

*Identificada con Cédula de Ciudadanía N°.23.178.952 de Sincelejo, Sucre.*

*Programa éste registrado en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior - SNIES, según código N°. 9942.*

*Verificadas todas las formalidades se procedió a tomarle el juramento de rigor y a la entrega del respectivo diploma.*

*El diploma queda radicado bajo el N° 5845 del folio N° 0034 del Libro de Diplomas N° 6.*

RECTOR

DECANO

SECRETARIA GENERAL

3696



República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

# Corporación Universitaria del Caribe

Personería Jurídica No. 7786 Nov. - 2625

Le confiere el Título de:

## *Ingeniera Industrial*

*A*

## *Beatriz Elena Padilla Meza*

C.C. 23.[illegible] de Sincelejo, Sucre

Por haber cumplido los requisitos académicos exigidos por la Corporación y el respectivo programa de estudios;
En fe de lo cual se expide el presente

# Diploma

*En Sincelejo, Sucre - República de Colombia, a los tres (03) días del mes de Abril de 2.000*

Presidente Rector Rector Secretaria General

Registrado al Folio [illegible] 7917 Libro de Diplomas No. 3

3697

República de Colombia

RESOLUCION No. 919

Por medio del cual se concede una licencia para la PRESTACION DE SERVICIOS COMO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

PARAGRAFO. Esta licencia es válida en todo el territorio nacional, tiene carácter jurídico y es intransferible.

**ARTICULO TERCERO:** El titular, a la señora **BEATRIZ ELENA PADILLA,** identificada con cedula de ciudadanía No 23.178.952 expedida en Sincelejo -Sucre, deberá cumplir, en el ejercicio de sus actividades, en todas las normas legales Técnicas, Éticas y de control de calidad, establecidas en la legislación vigente en salud ocupacional.

**PARAGRAFO.** Las direcciones seccionales y locales de salud del país, vigilaran y controlaran el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución e impondrán las sanciones correspondientes, sin detrimento de otras sanciones de tipo legal que puedan derivarse de la trasgresión de las normas legales vigentes.

**ARTICULO CUARTO:** Todos los servicios de Salud Ocupacional que el titular la señora, **BEATRIZ ELENA PADILLA,** identificada con cedula de ciudadanía No 23.178.952 expedida en Sincelejo - Sucre, podrán ser evaluados por los funcionarios competentes, mediante la aplicación de las Normas sobre Auditoria de los servicios de Salud Ocupacional adoptadas por el Ministerio de la Protección Social.

**ARTICULO QUINTO:** Contra la presente resolución proceden los recursos de reposición ante la **DIRECCION DE DASSSALUD-SUCRE** y de apelación ante la **DIRECCIÓN GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES** del **MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL,** interpuesto por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación en los términos y condiciones establecidas en el Codigo Contencioso Administrativo (Decreto 01 del 2 de enero de 1984).

**COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE**

Dado en Sincelejo a los 21 NOV

**JULISSA MERCADO GUTIERREZ**
**Directora DASSSALUD-Sucre**

ANDREA RICARDO FONTALVO
D.S.O
Elaboró: [illegible]

*Liderazgo Social y Confianza*

3698

Unidad y Salud
República de Colombia

RESOLUCION No. 979

Por medio del cual se concede una licencia para la PRESTACION DE SERVICIOS COMO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL.

La Directora del Departamento Administrativo de Seguridad Social en Salud de Sucre **DASSSALUD – SUCRE**, en ejercicio de las facultades legales que le confieren las leyes 09 de 1979, 10 de 1990 y en especial las resoluciones 2318 de 1996 y la 1675 de mayo de 2010

**CONSIDERANDO:**

Que mediante la resolución No. 2318 del 15 de julio de 1996, el Ministerio de Salud delego en las direcciones seccionales de salud, la función de expedir, renovar, vigilar y controlar las licencias que autorizan a personas naturales y jurídicas a prestar servicios en salud ocupacional a terceros.

Que el Ministerio de la Protección Social otorga a la señora **BEATRIZ ELENA PADILLA MEZA**, identificada con **cedula de ciudadanía** No 23.178.952 expedida en Sincelejo-Sucre, la licencia para la prestación de servicios en **SALUD OCUPACIONAL**, solicitada mediante oficio de fecha 11 de octubre de 2011, anexando a su petición la documentación exigida en los artículos 2º y 3º de la Resolución 2318 de 1996 del Ministerio de Salud.

Que el **COMITÉ SECCIONAL DE SALUD OCUPACIONAL** del Departamento de sucre de la dirección territorial del MPS, después de revisar y estudiar la documentación presentada por **DASSSALUD-SUCRE**, emitió concepto **FAVORABLE** para el otorgamiento de dicha licencia, en las áreas de: **Higiene Ocupacional, Seguridad Ocupacional, Educación – Capacitación, Investigación, Diseño, Administración y Ejecución de Programas.** Según consta en el acta No 5 (cinco) de fecha 19 de octubre de 2011.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Conceder licencia para prestar servicios en salud ocupacional en las siguientes áreas **Higiene Ocupacional, Seguridad Ocupacional, Educación – Capacitación, Investigación, Diseño, Administración y Ejecución de Programas.** A la señora **BEATRIZ ELENA PADILLA MEZA**, identificado con cedula de ciudadanía No 23.178.952 expedida en Sincelejo - Sucre, de acuerdo a su perfil como Especialista en Salud Ocupacional.

**ARTICULO SEGUNDO:** La presente licencia se concede por el término de diez (10) años contados a partir de la fecha de su expedición y podrá ser renovada por un término igual, previo diligenciamiento de la solicitud respectiva y el cumplimiento de las condiciones y requisitos previstos en las normas legales vigentes, con sesenta (60) días de anterioridad a su vencimiento.

# UNIVERSIDAD DEL NORTE

En nombre de la REPUBLICA DE COLOMBIA y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante decreto No. 263 del 22 de Febrero de 1973, representada por el Consejo Directivo y el Rector,

en convenio con

## CORPORACION UNIVERSITARIA DEL CARIBE

teniendo en cuenta que:

## BEATRIZ ELENA PADILLA MEZA

C.C. No. 23.178.952 de Sincelejo

Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:

## ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Dado en Barranquilla, a los 23 días del mes Septiembre de 2011

Rector

Rector

Decano de División

3694

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

3650

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2025-3555812

**CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA**
**COPNIA**

**EL DIRECTOR GENERAL**

**CERTIFICA:**

1. Que BEATRIZ ELENA PADILLA MEZA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 23178952, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA INDUSTRIAL con MATRICULA PROFESIONAL 22228-174432 desde el 24 de Septiembre de 2009, otorgado(a) mediante Resolución Nacional 1071.

2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los dos (02) días del mes de Mayo del año dos mil veinticinco (2025).

**Rubén Dario Ochoa Arbeláez**

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado
El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.
Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

3651

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 |
|---|---|---|
| Lozano | Mestra | Luis Tomas |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.067.904.316

SEXO: F ( ) M (X)

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 22 MES 09 AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Cordoba

MUNICIPIO Montería

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 29 #31-10

PAÍS Colombia DEPTO Cordoba

MUNICIPIO Montería

TELÉFONO 3016615905 EMAIL ltlozano@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: Bachiller Academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TL | 5 | X | | Tecnologo en topografia | 12 | 2013 | 01-17314 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

3652

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*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 .

3653

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 | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 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* 30/04/2025

*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*

3659

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **1.067.904.316**

**LOZANO MESTRA**

APELLIDOS

**LUIS TOMAS**

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-1991**

**MONTERIA**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.78** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**09-OCT-2009 MONTERIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1300100-00193220-M-1067904316-20091103 0017658622A 1 33496257

3655

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## LUIS TOMAS LOZANO MESTRA

*Con Cedula de Ciudadania No. 1.067.904.316*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

**Título de**

**TECNÓLOGO EN**

## TOPOGRAFÍA

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Montería, a los veintisiete (27) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013)*

Firmado Digitalmente por
AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA

3656

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## LUIS TOMAS LOZANO MESTRA

*Con Cedula de Ciudadania No. 1067904316*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el*

**Título de**

## ESPECIALIZACIÓN TECNOLÓGICA EN IMPLEMENTACION DE SISTEMAS DE INFORMACION GEOGRAFICA

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Pereira. a los veintiseis (26) dias del mes de agosto de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por

NINA ELVIRA ROCHA NIETO

MASTERGIS

Certifica a

# Luis Tomás Lozano Mestra

como **Especialista** en

## ArcGIS aplicado al Catastro Básico

Con una duración de 60 horas lectivas

3654

MASTERGIS

Certifica a

# Luis Tomás Lozano Mestra

como **Especialista** en

# ArcGIS aplicado al Catastro Inte

Con una duración de 60 horas lectivas

3656

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Confederación Suiza

Departamento Federal de Economía,
Formación e Investigación DEFI
**Secretaría de Estado para Asuntos Económicos SECO**

# SWISSTIERRAS COLOMBIA Y LA SECRE
# DE ESTADO PARA ASUNTOS ECONÓMICO
# CERTIFICA QUE:

*Luis Tomas Lozano Mestra*

REALIZÓ CON ÉXITO EL CURSO

**Modelo de datos LADM-COL CATASTRO REGISTRO**

3 HORAS

3659

*Kaspar Eggenberger*

DIRECTOR

*5 d*

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Confederación Suiza

Departamento Federal de Economía,
Formación e Investigación DEFI
**Secretaría de Estado para Asuntos Económicos SECO**

# SWISSTIERRAS COLOMBIA Y LA SECRE
# DE ESTADO PARA ASUNTOS ECONÓMICO
# CERTIFICA QUE:

*Luis Tomas Lozano Mestra*

REALIZÓ CON ÉXITO EL CURSO

**Modelo de datos extendido LADM-COL Levantamiento Catastral**

6 HORAS

*Kaspar Eggenberger*

DIRECTOR

3660 5 d

MASTERGIS

Certifica a

# Luis Tomás Lozano Mestra

como **Especialista** en

# Fotogrametría con Drones

Con una duración de 120 horas lectivas

MASTERGIS

1998

3662

ESCUELA AERONÁUTICA DE COLOMBIA

APD PROFESIONALES DE DRONES

# LA ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE DRONES

EN ALIANZA CON

# LA ESCUELA AERONÁUTICA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE FUNCIONAMIENTO No UAEAC - CCI034

## CERTIFICA A

## LUIS TOMAS LOZANO MESTRA

C.C. 1067904316

Quien cumplió exitosamente las exigencias del Curso

## PILOTO Y OBSERVADOR DE SISTEMAS DE AERONAVES NO TRIPULADAS - UAS/RPAS/DRONE

Intensidad: 68 hrs. teóricas - 10 hrs. Simulación - 10 hrs de Vuelo acorde a la norma - 12 hrs de Emprendimiento Rentable, en cumplimiento con la Resolución No 04201 del 27 12 2018 y del Apéndice 13 del RAC 91 de la U.A.E.A.C - Aerocivil Colombia.

Licencia de Funcionamiento como Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, según resolución 020042 del 06 de jun de 2017, secretaría de Educación Distrital.

**TOMAS ALBERTO ORJUELA**
DIRECTOR GENERAL
EAC

**MY FAC (RA) JORGE W. VALENZUELA SUAREZ**
DIRECTOR EJECUTIVO
APD

Agosto 2022

Bogotá D.C. - Colombia

3663

**República de Colombia**

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE TOPOGRAFÍA

Nombre: LUIS TOMAS LOZANO MESTRA

Cédula: **1.067.904.316**

Licencia Profesional No: **01-17314**



**Resolución:** **02-7315 - 29/06/2017**

TECNÓLOGO EN TOPOGRAFÍA
SENA

Presidente

Esta tarjeta forma parte integral de la Licencia Profesional
Junto con la Resolución aprobatoria.
Esta tarjeta es documento público y junto con el Certificado de vigencia acredita al titular para ejercer la profesión de TOPOGRAFO en la República de Colombia de acuerdo con la Ley 70 de 1979 y el Decreto Reglamentario 690 de 1981

**Si esta tarjeta es encontrada, por favor, enviarla a la dirección de la oficina del Consejo Profesional Nacional de Topografía**

**Calle 42 N° 8 A - 69 Ofc 601. Tel. 2881490 - 2451694**

**http://cpnt.gov.co Bogotá - Colombia**

**Para cualquier información comunicarse con el Consejo Profesional Nacional de Topografía. Email: Info@cpnt.gov.co**

3664

*República de Colombia*
*CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE TOPOGRAFÍA*
*Ley 70 / 79*

**CERTIFICADO DE VIGENCIA No: 542456/2025**

**EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE TOPOGRAFÍA**

**HACE CONSTAR**

Que el(la) Señor(a) **LUIS TOMAS LOZANO MESTRA** , identificado(a) con cédula de ciudadanía **No. 1067904316** , se encuentra inscrito(a) en el Registro Único de Topógrafos RUTOPO del CPNT como **TECNÓLOGO EN TOPOGRAFÍA** de la Institución de Educación Superior **SENA** , bajo la Licencia Profesional **No. 01-17314** con fecha de expedición del **29 de Junio de 2017.**

Que el(la) Señor(a) **LUIS TOMAS LOZANO MESTRA**, tiene vigente su Licencia Profesional No. **01-17314** a la fecha **NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** , que lo (la) inhabiliten en el ejercicio de su profesión.

Dada en Bogotá, D.C. a los **2 días del mes de Mayo de 2025.**

**LUIS ALEJANDRO ZAFRA JARAMILLO**
**Director Ejecutivo**

***Firma del profesional**

*La firma del profesional es requerida para comprobar la anuencia de su participación en procesos contractuales. La falta de la firma del profesional NO invalida el certificado.

Notas 1- El anterior certificado no suple la Licencia Profesional para ejercer un cargo.
2- La validez del documento se puede verificar en la página web www.cpnt.gov.co a través del número de certificado de Vigencia.
3- Este certificado digital tiene plena validez de conformidad con lo establecido en el Art. 2 de la Ley 527 de 1999, decreto 1747 de 2000 y Art. 6 Parágrafo 3 de la Ley 962 de 2005.

3665

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA: Municipio De Montería

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| CANO | GONZALEZ | GEINER |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.067.898.283 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 29 MES 11 AÑO 1990

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cordoba

MUNICIPIO: Montería

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 3E N° 26 - 24

PAÍS: Colombia DEPTO: Cordoba

MUNICIPIO: Montería

TELÉFONO: 3023770990 EMAIL: yeicano1990@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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 2011 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | | X | | Tecnico Carpintería en Aluminio | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

3666

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | | *DIRECCIÓN* | |
| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* 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* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* 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* DÍA MES AÑO | | *FECHA DE RETIRO* 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 | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 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* 29/04/2025

Geiner Cano G

*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*



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.898.283
CANO GONZALEZ
APELLIDOS
GEINER
NOMBRES

Geiner Cano G
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-NOV-1990
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
21-ABR-2009 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
0013475923A 1 30399544

3669

# COLEGIO DE BACHILLERATO SEMIPRESENCIAL CANTA CLARO

*Montería - Córdoba*
*Dane: 323001008297 - Nit. 81002913.0V4*

## ACTA DE GRADO

En la Ciudad de Montería, departamento de Córdoba a los 17 días del mes de Diciembre del año 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes grado 11°, los Suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del **COLEGIO DE BACHILLERATO SEMIPRESENCIAL CANTA CLARO**, institución aprobada hasta el nivel de Educación Media y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el título de Bachiller en la modalidad **ACADÉMICO**, según Resolución de Aprobación N°. 0002762 de julio de 2001.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios de Educación Media Académica, reglamentada por el Decreto 3011 del 19 de diciembre de 1997, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO** al graduando cuyo nombre, apellido y número de documento de identificación se relaciona a continuación:

# GEINER CANO GONZALEZ

***Identificado(a) con C.C. No. 1'067.898.283 de Montería***

Es fiel copia tomado del libro de Actas Generales de Graduación, Acta N°. 22 Folio N° 89 del libro 01, comienza con el nombre de ***ALVAREZ BOLAÑO ETILVIA ESTER*** y se cierra con el nombre de ***YEPEZ GOMEZ JORGE LUIS.***

Dado en Montería, Dpto. de Córdoba, a los 17 días del mes de Diciembre de 2011.

Anotado para efectos de Control en el libro de registro de Diplomas.

**OMAR GOMEZ MESTRA**
CC. N°. 6.891.054 de Montería
**Rector**

**GEOVANIS BLANQUICETT T.**
CC. N°. 11.003.897 de Montería
**Secretario**

3690

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 |
|---|---|---|
| JIMENEZ | ESQUIVEL | ANA MILENA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 50929509 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DÍA 15 MES 11 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CORDOBA

MUNICIPIO MONTERIA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

TRV 2 SUR GIG 5 # 5 – 04 BARRIO PASTRANA BORRERO

PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA

MUNICIPIO MONTERIA

TELÉFONO 313 736 68 69 EMAIL Anamilenaje15@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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 X | MES 12 AÑO 2005 |

***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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MANIPULACION DE ALIMENTO | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
| INGLES | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

3671

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| CORPORACION JOVENES Y MAÑANA | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CORDOBA | MONTERIA | caevillaluz@gmail.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3007710490 | DÍA 11 MES 04 AÑO 2022 | DÍA 31 MES 07 AÑO 2023 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | K/METRO 11 VIA PLANETA RICA |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| SOTRANSMAR | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CÓRDOBA | MONTERÍA | transportetransmar18gmail.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3203400618 | DÍA 01 MES 01 AÑO 2023 | DÍA 30 MES 12 AÑO 2023 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Auxiliar Servicios Generales | | CRA.29 # 37-25 B/ VILLA NOVA |

*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 .

3672

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 | | 4 |
| EMPLEADO SECTOR PRIVADO | | 11 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 7 | |
| TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA | 7 AÑOS | 15 MESES |

## 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).

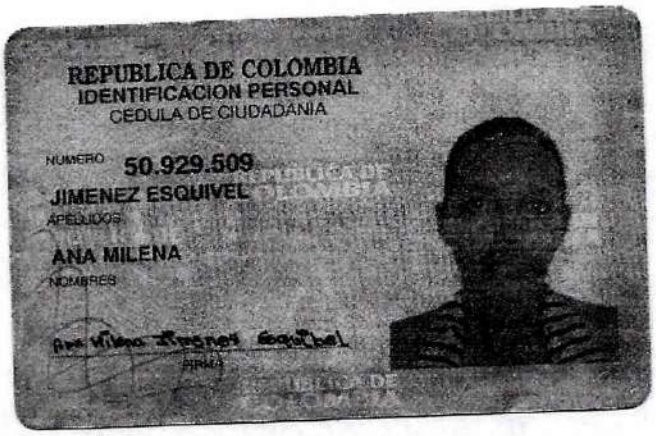
*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 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*

3673



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.929.509

JIMENEZ ESQUIVEL
APELLIDOS

ANA MILENA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-19

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

11-JUN-1996 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1300100-00174092-F-0050929509-20090831 0015575528A 2 7470015064

3694

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE LA:

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA
# "VILLA MARGARITA"
MONTERÍA - CÓRDOBA

CON RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, MEDIANTE RESOLUCIÓN
No. 001109 DE SEPTIEMBRE 20 DE 2002

**Confiere a:**

## ANA MILENA JIMÉNEZ ESQUIVEL
**IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 50.929.509 DE MONTERIA**

**EL TITULO DE:**

# BACHILLER ACADÉMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA, (JORNADA SABATINA), SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS EN EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (P.E.I.)

Anotado en el Control Interno del Plantel

Libro No. 01 Fólio No. 041 Diploma No. 68

Dado en Montería - Córdoba a los 9 días del mes de Diciembre de 2005

LUIS SANTIAGO PEÑATES BELTRAN
C.C. No. 6.867.215 de Montería
Rector

MARINIS ISABEL BLANQUICETT BARRIOS
C.C. No. 26.152.289 de Pto. Escondido
Secretaria

3695

SENA
REGIONAL CÓRDOBA

## EL CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR

# CERTIFICA

Que ANA MILENA JIMENEZ ESQUIVEL identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 50929509 de Montería, realizó y aprobó el curso de MANIPULACION DE ALIMENTOS con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Montería. a los veintiun (21) días del mes de octubre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

JOSE NICOLAS BARRIOS SIERRA
Subdirector CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR
REGIONAL CÓRDOBA

*SENA: Una Organización con Conocimiento*

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 911500265983SCC50929509E

3676

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**ANA MILENA JIMENEZ ESQUIVEL**

*Con Cedula de Ciudadania No. 50929509*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**MANIPULACION DE ALIMENTOS**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Montería, a los veintiun (21) días del mes de octubre de dos mil veintidos (2022)*

Firmado Digitalmente por

JOSE NICOLAS BARRIOS SIERRA
Subdirector
CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR
REGIONAL CÓRDOBA

87315270 - 21/10/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 91150026598835CC50929509C.

3677

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

Secretaría de SALUD

# CERTIFICA QUE:

## ANA MILENA JIMENEZ ESQUIVEL

**CC** 50.929.509

**Participó En: Capacitación para el fortalecimiento de capacidades sobre las Políticas de Humanización y Seguridad del paciente**

**Realizado en la ciudad de Montería el 21 de julio de 2022**

Cordialmente,

SECRETARÍA DE SALUD MONTERÍA SEGURIDAD SOCIAL

**Yamina Estela Restrepo De Mendoza**
Secretaria de Salud y Seguridad Social
Alcaldía de Montería

**Bertha Dilia García Maldonado**
The Bertha Foundation
Representante legal

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

Secretaría de SALUD

| | | |
|---|---|---|
| Jóvenes Mañana | **CORPORACIÓN JÓVENES Y MAÑANA**<br>NIT: 806.007.865-1<br>Personería Jurídica 1909 de 02 de diciembre de 2011<br>CENTRO DE ATENCION ESPECIALIZADA VILLA LUZ | BIENESTAR FAMILIAR |

Montería, Córdoba. 28 de mayo de 2022.

**CORPORACION JOVENES Y MAÑANA**
**NIT: 806.007.865-1**

CERTIFICA:

Que **ANA MILENA JIMENEZ ESQUIVEL** identificado con cedula de ciudadanía Nº 50.929.509 expedida en Montería-Córdoba, labora en **el Centro de Atención Especializada Villa Luz** como **"Manipuladora de Alimentos"** en el municipio de Montería -Córdoba, mediante un contrato de trabajo a Termino Fijo Inferior aun año desde el 11 de Marzo de 2022 hasta el 31 de Julio del 2022.

La presente se expide a solicitud del interesado en Montería a los veintiocho (28) días del mes de mayo de 2022.

**TERESITA PAYARES CABELLERO**
C.C. N° 33.217.557
**Representante Legal**
**CORPORACION JOVENES Y MAÑANA**

Kilómetro 11, vía Planeta Rica
Cel. 3007710490 e-mail: caevillaluz@gmail.com
Montería – Córdoba

3679

SOTRANSMAR
SERVICIO ESPECIAL

**SOCIEDAD TRANSPORTADORA MARIN S.A.S**
**NIT. 901542278-4**

Yo **SERGIO LUIS JIMENEZ ARTEAGA** identificado con cédula de ciudadanía N° 1.067.936.345 de Montería, en calidad de Representante Legal de la **SOCIEDAD TRANSPORTADORA MARIN S.A.S.** Hago constancia del siguiente:

## CERTIFICADO LABORAL

Donde da constancia que el señor **ANA MILENA JIMENEZ ESQUIVEL**, identificado con cédula de ciudadanía No. 50.929.509 expedida en Montería- Córdoba, laboró en la empresa **SOCIEDAD TRANSPORTADORA MARIN S.A.S - "SOTRANSMAR"** en el cargo de auxiliar de servicio generales desde el 01 de Enero del 2023 hasta 30 de diciembre del 2023, con un contrato laboral por obra y labor, devengando un salario mensual de $1.160.000 (Un millón ciento sesenta mil pesos M/CTE).

Para su constancia se expide este certificado a solicitud del interesado a los siete (07) días del mes de noviembre de 2024.

**SERGIO LUIS JIMENEZ ARTEAGA**
**C.C. 1.067.936.345 De Monteria.**
**Representante Legal**
**SOCIEDAD TRANSPORTADORA MARIN S.A.S**
**NIT: 901542278-4**

**Cra. 29 # 37-25 B/ VILLA NOVA**
**Cel. 3227804408 - 3203400618**
**E-mail:** transportetransmar18@gmail.com
**Montería – Córdoba - Colombia**

3680

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 03:52:11 PM horas del 07/11/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **50929509**
Apellidos y Nombres: **JIMENEZ ESQUIVEL ANA MILENA**

**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.

3681

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 257645796

PIB
15:57:49
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 de noviembre del 2024

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) ANA MILENA JIMENEZ ESQUIVEL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 50929509:

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.

3682

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 jueves 07 de noviembre de 2024, a las 16:00:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 50929509 |
| Código de Verificación | 50929509241107160025 |

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, 07/11/2024 04:02:51 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **50929509 .**

## 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. **104746749** . 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

3684

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 |
|---|---|---|
| Corrales | Diaz | Cesar David |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1010119183 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: ____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO ____ D.M ____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 04 MES 10 AÑO 2004

PAÍS Colombia

DEPTO Cordoba

MUNICIPIO Montería

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS Colombia DEPTO Cordoba

MUNICIPIO Montería

TELÉFONO 3016186573 EMAIL cesarcorrales00@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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 10 | X | | Arquitecto | 12 | 2024 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*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* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 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* 29/04/2025

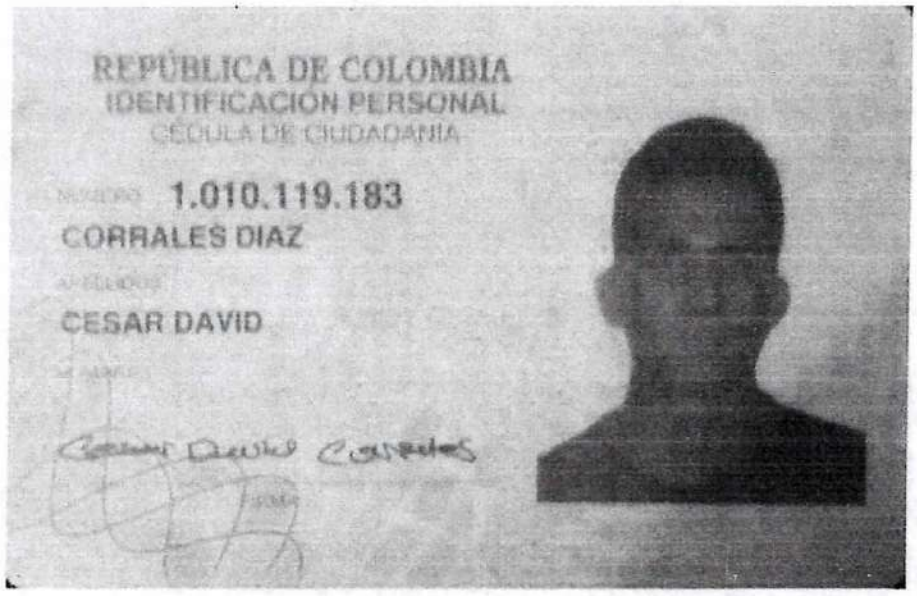
*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 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*


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.010.119.183
CORRALES DIAZ
APELLIDOS
CESAR DAVID
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-2000
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
B+
G.S. RH
M
SEXO
08-OCT-2018 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
P-1300100-01050197-M-1010119183-20181212
0063607594A 1
7505171060

REPUBLICA DE COLOMBIA

31043

# UNIVERSIDAD DEL SINU

Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

## Cesar David Corrales Diaz

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.010.119.183 de Montería , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

## Arquitecto

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE Montería
A LOS 18 DIAS DEL MES DE Diciembre DEL AÑO 2024

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

Libro 9 Folio 544

Powered by CamScanner

udemy

Número de certificado: UC-3783ac2b-74e7-49f4-9800-664c3fa5417f
Url del certificado ude.my/UC-3783ac2b-74e7-49f4-9800-664c3fa5417f
Número de referencia: 0004

CERTIFICADO DE FINALIZACIÓN

# Materiales. Acabados en Arquitectura e Interiorismo.

Instructores **Lucía Fernández, Álvaro García, Cursos Online Arquitectura, Formación Certificada**

## Cesar David Corrales Diaz

Fecha **5 de Agosto de 2021**
Longitud **5.5 horas en total**

2699

udemy

Número de certificado: UC-b892dc30-b4f3-414e-abda-430007224768
Url del certificado ude.my/UC-b892dc30-b4f3-414e-abda-430007224768
Número de referencia: 0004

CERTIFICADO DE FINALIZACIÓN

# Las Patologías en Edificios y Construcción Arquitectónica

Instructores **Álvaro García, Jaime Lopez Fernandez, Formación Certificada, Cursos Online Arquitectura**

## Cesar David Corrales Diaz

Fecha **10 de Agosto de 2022**
Duración **4 horas en total**

3690

udemy

Número de certificado: UC-a636b491-9653-4b16-a63d-599f8061dddf
Url del certificado ude.my/UC-a636b491-9653-4b16-a63d-599f8061dddf
Número de referencia: 0004

CERTIFICADO DE FINALIZACIÓN

# MÁSTER Arch Viz. Visualización Ambiental y Arquitectónica 3D

Instructores **Álvaro García, Lucía Fernández, Formación Certificada, Cursos Online Arquitectura**

## Cesar David Corrales Diaz

Fecha **10 de Agosto de 2022**
Duración **33.5 horas en total**

3691

3692

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA: Municipio De Montería

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| DIAZ | Mendoza | Alvaro Rafael |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1067959804

SEXO: F ( ) M (X)

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 26 MES 04 AÑO 1983

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cordoba

MUNICIPIO: Montería

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CR 16 #34-05

PAÍS: Colombia DEPTO: Cordoba

MUNICIPIO: Montería

TELÉFONO: 3012634184 EMAIL: alvarodiazmendoza@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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 10 | X | | Ingeniero Civil | 12 | 2007 | 08/1037-071595 CQR |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

36913

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| *EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

| *EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

| *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.

3694

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* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 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* 29/04/2025

ALDIMEN

*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*

3695

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.067.959.809**

**DIAZ MENDOZA**

APELLIDOS

**ALVARO RAFAEL**

NOMBRES

2 ALDIMEN

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ABR-1998**

**MONTERIA**
**(CORDOBA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.78** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**13-MAY-2016 MONTERIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1300100-00838043-M-1067959809-20160623 0050232635G 3 46518263

REPUBLICA DE COLOMBIA

28971

# UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

## Alvaro Rafael Diaz Mendoza

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.067.959.809 de Montería , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

## Ingeniero Civil

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE Montería
A LOS 18 DIAS DEL MES DE Diciembre DEL AÑO 2023

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

LIBRO 8 FOLIO 587

Powered by CamScanner

226

28971

ACTA DE GRADO NUMERO **0948 -014IC**

Resolución Rectoral No. 3365 de diciembre 15 de 2023

CONSIDERANDO QUE

# Alvaro Rafael Diaz Mendoza

C.C. No 1.067.959.809 de Montería

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los acuerdos y reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

## Ingeniero Civil

En nombre y representación de la Universidad del Sinú - Elías Bechara Zainum- y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Rector hizo entrega del Diploma No. 28971 registrado en el folio 587 del libro 8.

En el testimonio de lo anterior se firma la presente acta de grado en la ciudad de Montería, a los dieciocho (18) días del mes de diciembre de 2023

Rectora

Secretario General

Decano
Ciencias e Ingenierías



Powered by CamScanner

# UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Fundada en 1974

## CERTIFICA QUE

# Alvaro Rafael Diaz Mendoz

C.C. No. 1.067.959.809 EXPEDIDA EN Montería

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS PARA EL

## DIPLOMADO EN

# Geotecnia Vial

INTENSIDAD HORARIA 120 Horas

Junio 24 de 2023

DIRECTOR DE ADMISIONES
REGISTRO Y CONTROL

DIRECTOR DE POSTGRADOS Y
ESTUDIOS CONTINUADOS

No. 006100

D&P 15-2

Powered by CamScanner

3818

3699

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA: Municipio De Montería

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Villadiego | Reguno | Pavel Ricardo |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 10.784.550

SEXO: F ( ) M (X)

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 09 MES 10 AÑO 1984

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cordoba

MUNICIPIO: Montería

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: M2 71 Lt 10 Pradera

PAÍS: Colombia DEPTO: Cordoba

MUNICIPIO: Montería

TELÉFONO: 3046681047 EMAIL: reguvilladiegopavel@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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 1999 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | | | | TC en instalaciones Electricas En Baja Tension | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

3700

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*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* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 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* 29/04/2025

PAVEL R. VILLADIEGO R.

*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*

3902

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.784.550**

**VILLADIEGO REGINO**
APELLIDOS

**PAVEL RICARDO**
NOMBRES

PAVEL R. VILLADIEGO R.
FIRMA

13





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-OCT-1984**

**MONTERIA**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.67** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**21-ENE-2003 MONTERIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1300100-38117361-M-0010784550-20030826 **03779** 03237B 01 136346545

3703

Y EN SU NOMBRE LA

# Escuela Urbana Mixta La Pradera

*Montería - Córdoba*

*Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. de diciembre de 1999.*

*Confiere a:*

## PAVEL RICARDO VILLADIEGO REGINO

*Certificado de Estudios de*

# Bachillerato Básico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria, que le habilita plenamente para ingresar a la Educación Media o al Servicio Especial de Educación Laboral*

*Nohemí Martínez Bernal*
*C.C. No. 34'966.385 de Montería*
*Rectora*

*Lailéth Márquez*
*Lailéth Márquez*
*C.C. No. 50'905.338 de Montería*
*Secretaria*

*Anotado al Folio ____ del Libro para Control Interno de Diplomas No: ____*

*Dado en Montería, a los 16 días del mes de diciembre de 1999*

3709

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA: Municipio De Montería

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Martnez | CUZMAN | Yesica Julieth |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.003.430.634

SEXO: F (X) M ( )

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 30 MES 09 AÑO 1.9.99

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cordoba

MUNICIPIO: Montería

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: M701 Lo 12 Barrio Las Acacias

PAÍS: Colombia DEPTO: Cordoba

MUNICIPIO: Montería

TELÉFONO: 3217094397 EMAIL: .

## 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 | 11 | MES 12 AÑO 2016 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TL | | | | Gestion ADministrativa | 10 | 2020 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

3705

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*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 | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | | |

## 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* 29/04/2025

Yesica Martinez

*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*

3707

CEDULA DE CIUDADANIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.003.430.634



MARTINEZ GUZMAN

YESICA JULIETH

COL 1.62 F

30 SEPT 1999 O+

MONTERIA (CORDOBA)

06 OCT 2017, MONTERIA

07 JUN 2033

Yesica Martinez

022932390

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL022932390013001<<<<<<<<<<<
9909302F3306079COL1003430634<1
MARTINEZ<GUZMAN<<YESICA<JULIET

3708

La República de Colombia

Y EN SU NOMBRE LA:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

# LICEO LA PRADERA

MONTERÍA - CÓRDOBA

CON RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, MEDIANTE RESOLUCIÓN No.0003346 DE AGOSTO 10 DE 2001 Y RATIFICADA MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 0752 DE JUNIO 12 DE 2009 DE LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL

Confiere a:

**YESICA YULIETH MARTINEZ GUZMAN**

IDENTIFICADO CON T.I. No. 1003430634 DE BOGOTÁ D.C.

*EL TITULO DE:*

# BACHILLER ACADÉMICO

POR HABER CULMINADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA ACADEMICA, Y CUMPLIDO TODOS LOS REQUISITOS DE PROMOCION ADOPTADOS POR EL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO EN SU PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (P.E.I.) DE ACUERDO A LA LEY Y LAS NORMAS REGLAMENTARIAS

Anotado en el Control Interno del Plantel

Libro No. 4 Folio No. 2 Diploma No. 95

Dado en Montería - Córdoba, a los 3 días del mes de Diciembre de 2016

JULIO CESAR ROQUEME MARRUGO
C.C. No. 6.890.488 de Montería
Rector

CARMEN CECILIA NARANJO LAMBRAÑO
C.C. No. 34.972.115 de Montería
Secretaria

3709

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## YESICA JULIETH MARTINEZ GUZMAN

*Con Cedula de Ciudadania No. 1003430634*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el*

**Título de**

**TECNÓLOGO EN**

## GESTIÓN ADMINISTRATIVA

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Montería. a los veintidos (22) días del mes de octubre de dos mil veinte (2020)*

Firmado Digitalmente por

AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA
SUBDIRECTORA CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CORDOBA
REGIONAL CÓRDOBA

**51821700 - 22/10/2020**
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9523001617416CC1003430634C.

[redacted]

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Manjarrez | Garcia | Modesto Rafael |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: CC (X) CE ( ) PAS ( ) No. 92.513.714 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAIS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA: DIA 01 MES 03 AÑO 1970
PAIS: Colombia
DEPTO: Sucre
MUNICIPIO: Sincelejo

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
Cll 12 # 10-22
PAIS: Colombia DEPTO: Sucre
MUNICIPIO: Sincelejo
TELÉFONO: 310 458 0227 EMAIL: _____

[redacted]

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO 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 | | | | | | | | | | | TITULO 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 CRONOLOGICO 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 NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

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

ESPECIFIQUE 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

1

Powered by CamScanner

3711

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

[redacted]

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

| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO 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 DÍA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO 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 DÍA MES AÑO | | FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | | DIRECCIÓN |

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



Powered by CamScanner

3712

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

[redacted]

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 | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | | |

[redacted]

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* Montería - Cordoba

Roberto Enrique P.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

[redacted]

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*



Powered by CamScanner

373

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 |
|---|---|---|
| VERGARA | PERNET | JOSE ANTONIO |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 78.766.640

SEXO: F ( ) M (X)

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 24 MES 09 AÑO 1978

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CORDOBA

MUNICIPIO: TIERRALTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: BARRIO BUENAVISTA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CÓRDOBA

MUNICIPIO: VALENCIA

TELÉFONO: 324 6080600 EMAIL: jv12048@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: BACHILLER ACADEMICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11X | MES 12 AÑO 2020 |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

3719

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*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 | | |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | | |

## 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* 30/04/2025

Jose Antonio Vergara Pernet

*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*

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **78.766.640**

**VERGARA PERNET**
APELLIDOS

**JOSE ANTONIO**
NOMBRES

Jose Vergara
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-1978**
**TIERRALTA**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.77** **B+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

**03-ENE-1997 TIERRALTA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1305800-00906952-M-0078766640-20170523 **00554**98270A 2 48878482

3717

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 78766640

Libertad y Orden

NOMBRE

JOSE ANTONIO VERGARA PERNET

FECHA DE NACIMIENTO
24-09-1978

SANGRE-RH
B+

FECHA DE EXPEDICIÓN
08-04-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



República de Colombia

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL TTEyTTO APARTADO

| CATEGORIAS AUTORIZADAS | | | |
|---|---|---|---|
| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 08-04-2035 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 08-04-2028 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC10000036334

3718

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 |
|---|---|---|
| Castro | Morales | Erick David |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.047.416.845

SEXO: F ( ) M (X)

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

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 15 MES 11 AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Bolivar

MUNICIPIO Cartagena

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Mz 38 Lt 18

PAÍS Colombia DEPTO Bolivar

MUNICIPIO Cartagena

TELÉFONO 3005813698 EMAIL ecams89@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: Bachiller Academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 10 | X | | Contador Publico | 11 | 2018 | 341846-T |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

3719

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*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.

3720

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* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 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* 30/04/2025

Erick Castro JM

*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*

3721

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.047.416.845
CASTRO MORALES

APELLIDOS
ERICK DAVID

NOMBRES
Erick Castro M.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1989
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.79 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

12-FEB-2008 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

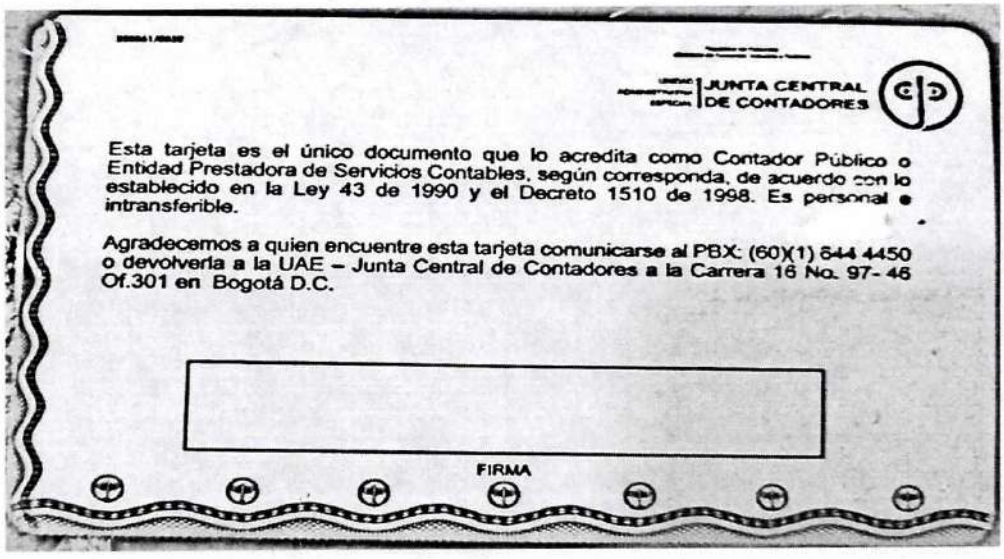
P-0500100-00077381-M-1047416845-20080924 0003670465A 1 28212774

# *Erick David Castro Morales*

*Contador Público*

*TEL: 3003813698*


3722



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**308846-T**

ERICK DAVID
CASTRO MORALES
C.C. 1047416845
RES. INSCRIPCION 163 DEL 09/05/2023
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

ERIC JESUS FLOREZ ARIAS
DIRECTOR GENERAL (E)

358248 359728

3723

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre

# LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TÍTULO DE

## CONTADOR PÚBLICO

A

## ERICK DAVID CASTRO MORALES

C.C. No.1.047.416.845 expedida en Cartagena

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Cartagena de Indias, a 11 de mayo de 2018

EL DECANO

EL RECTOR

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO

EL SECRETARIO GENERAL

034199

Registrado al Folio No. 629 del libro de Diplomas No. 47

3729

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## ERICK DAVID CASTRO MORALES

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1.047.416.845*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

**Título de**

**TECNÓLOGO EN**

**ANALISIS Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Cartagena, a los treinta (30) días del mes de octubre de dos mil diez (2010)*

Firmado Digitalmente por
NAYIB XAVIER MORELO MOGOLLON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

NAYIB XAVIER MORELO MOGOLLON
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLIVAR

478151 - 20101030
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 950602350TCC1047416845C

illa Completa
Modo de Pantalla Completa

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**
**Facultad de Ciencias Económicas**
**Programa de Contaduría Pública**
SEMILLERO DE INVESTIGACIÓN EN CONTABILIDAD Y FINANZAS

SICOFI

Esta mención se concede a:

ERICK DAVID CASTRO MORALES

C.C. 1047416845

Como reconocimiento por haber asistido al **SEMINARIO TALLER DE**

**NORMAS INTERNACIONALES DE INFORMACION FINANCIERA**

Realizado el día 24 de Noviembre de 2012 en Cartagena de Indias D.T.C. con una intensidad de ocho (8) horas.

MILTON GARCIA BARBOSA
DIRECTOR PROGRAMA CONTADIRIA PUBLICA

ILVER FRANC SERNA AVILA
CONFERENCISTA

3726

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4 6 3 0 5 6 4 A 0 B 1 8 9 5 9 F

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ERICK DAVID CASTRO MORALES** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1047416845 de CARTAGENA (BOLIVAR) Y Tarjeta Profesional No 308846-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** **********
**********
**********

Dado en BOGOTA a los 4 días del mes de Abril de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

3727

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

PÁGINA 1 DE 2

## I. DATOS DEL TRÁMITE

No. U

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS): 05 05 2021

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [X]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento):

Código Tipo de Pensionado:

## A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 7. Tipo de doc |
|---|---|---|---|---|
| Hernandez | Becerra | Maria | Monica | CC |

| 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento | Estado civil | EPS anterior |
|---|---|---|---|---|
| 1.102.867.659 | Femenino [X] Masculino [ ] | 30 05 1995 | Soltera | |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | Tipo F N M Condición T P | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización -IBC |
|---|---|---|
| Sura | Proteccion | $ 5.900.000 = |

| 18. Residencia Dirección | Teléfono fijo | Teléfono Celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| Mz 11 Lt 2 | | 3218926777 | manumonicabb95@gma. |

| Municipio/Distrito | Zona | Localidad/Comuna | Departamento | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|
| Monteria | Urbana [X] Rural [ ] | | Cordoba | |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 20. Tipo de doc |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento | Dirección |
|---|---|---|---|
| | Femenino [ ] Masculino [ ] | | |

| Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Código IPS (a registrar por la EPS) | Teléfono fijo | Teléfono Celular |
|---|---|---|---|---|---|
| | Urbana [ ] Rural [ ] | | | | |

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

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

| | 25. Tipo de doc | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | Correo electrónico |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

| | Datos complementarios | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | 33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | Tipo F N M Condición T P | |
| B2 | | | | Tipo F N M Condición T P | |
| B3 | | | | Tipo F N M Condición T P | |
| B4 | | | | Tipo F N M Condición T P | |
| B5 | | | | Tipo F N M Condición T P | |

| | 32. Datos de residencia | Dirección | Zona | Municipio / Distrito | Departamento | Teléfono fijo | Celular |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | U R | | | | |
| B2 | | | U R | | | | |
| B3 | | | U R | | | | |
| B4 | | | U R | | | | |
| B5 | | | U R | | | | |

| | 34. Selección de la IPS Primaria | Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de doc | 37. Número de documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Pavimentacion La | NIT | 901.937.393 | |

| 39. Ubicación | Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|
| | Cra 45 #27-28 | 3218926777 | consorciopavi@gmail.com | Monteria | Cordoba |

- ORIGINAL -

Versión Noviembre 2017

apoteosis

3728

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT: 800.088.702-2

EPS | sura

No. U



B. REPORTE DE NOVEDADES 40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de doc | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | 07052025 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | Código [ ] | |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaracion de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante o cabeza de familia | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio | Código Asesor |
|---|---|---|
| Paola Hernandez | | |

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad; Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

EPS SURAMERICANA SELLO O ENTIDAD

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

- ORIGINAL -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

3729

No. U

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) 05 05 2025 | PÁGINA 1 DE 2

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) [ ]

Código Tipo de Pensionado [ ]

## A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | | 7. Tipo de doc |
|---|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | |
| Ibañez | Meza | Claudia | Marcela | CC |

| 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento | Estado civil | EPS anterior |
|---|---|---|---|---|
| 1.102.828.523 | Femenino [X] Masculino [ ] | 13 04 1989 | Casada | |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

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

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| Sura | Porvenir | $ 2.480.000 = |

| 18. Residencia Dirección | Teléfono fijo | Teléfono Celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| Cll 59 # 11A - 71 | | 3019544174 | Claudiabarezmeza@gmail |

| Municipio/Distrito | Zona | Localidad/Comuna | Departamento | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|
| Montería | Urbana [X] Rural [ ] | | Cordoba. | |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 20. Tipo de doc |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento | Dirección |
|---|---|---|---|
| | Femenino [ ] Masculino [ ] | | |

| Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Código IPS (a registrar por la EPS) | Teléfono fijo | Teléfono Celular |
|---|---|---|---|---|---|
| | Urbana [ ] Rural [ ] | | | | |

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

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

| | 25. Tipo de doc | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | Correo electrónico |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

| | Datos complementarios | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | 33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | |
| B2 | | | | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | |
| B3 | | | | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | |
| B4 | | | | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | |
| B5 | | | | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | |

| | 32. Datos de residencia Dirección | Zona | Municipio / Distrito | Departamento | Teléfono fijo | Celular |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | U R | | | | |
| B2 | | U R | | | | |
| B3 | | U R | | | | |
| B4 | | U R | | | | |
| B5 | | U R | | | | |

| | 34. Selección de la IPS Primaria | Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

### V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de doc | 37. Número de documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Pavimentacion Lc | NIT | 901.937.393 | |

| 39. Ubicación | Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|
| | Cra 45 # 27 - 28 | 3215776777 | Consorciopavimenta | Montria | Cordoba |

- ORIGINAL -

VIGILADO SUPERSALUD

apotema

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

3430

No. U



B. REPORTE DE NOVEDADES 40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de doc | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | D D M M A A A A | 07 05 2025 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código ☐ | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | | |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A. filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com o igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

- ORIGINAL -

VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante o cabeza de familia | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio | Código Asesor |
|---|---|---|
| Claudia Idarraga | | |

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Total ☐
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura públicao sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrege del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

ÁREA ENCUESTA SELLO O SIMILAR

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | | |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| | | | |

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

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

3781

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



**E.P.S. Sanitas**
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: 06 05 2021

## I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual { - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] } B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS):

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: Arroyo | Segundo apellido: Sanchez | Primer nombre: Luis | Segundo nombre: Fernando |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| C.C. | 10.765.941. | Femenino [ ] Masculino [X] | 07/01/1979 |

## III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | Tipo: [ ] Condición: [ ] | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso Base de Cotización - IBC |
|---|---|---|
| Sura | Colfondos | $ 2.480.000 = |

| 18. Residencia: Dirección | Teléfono Fijo | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| Cra 15 # 4-17 Apto 201 | — 0 — | 3145091632 | luisarroyo@gmail.com |

| Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| Montería | Urbana [X] Rural [ ] | Buenavista | Córdoba |

## IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge 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 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 | Teléfono fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la I.P.S. Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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 (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Pavimentacion Le | NIT | 901.937.393 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono Fijo | Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| Cra 4s # 27-28 | 321 892 4777 | Consorciopavimentacionle.com | Montería | Córdoba |

3732



## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino | Sexo: Masculino | Fecha de Radicación | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|---|
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | | [ ] | [ ] | | 01/05/2025 |

| 43. EPS Anterior | 44. Motivo de Traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |
|---|---|
| Luis Angel Sanchez | |

## IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] — Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio / Código del Departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha / Puntaje / Nivel | 68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de Validación |
|---|---|---|---|
| [ ][ ] / [ ][ ] | [ ] / [ ] / [ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |

70. Datos funcionario que realiza la validación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| [ ][ ][ ][ ][ ] | | |

**Observaciones:**

| Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial | Sello de radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| C.C. No. | | |

**Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.**

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Único asignado para dependientes y adicionales al Régimen Subsidiado"

# FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] — B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE COTIZANTE: A. Independiente [X] — B. Pensionado [ ] — C. Cotizante Dependiente [ ] — D. Cotizante Servicio Doméstico [ ] — E. Cotizante Independiente [ ] — F. Trabajador Dependiente Entidad Aportante [ ] — G. Cotizante [ ] — H. Institucional [ ] — I. Facultativo [ ] — J. Rédimido [ ] — K. Concejal Municipio [ ] — L. Trabajador Dependiente Entidad Aportante [ ] — M. Independiente [X] — N. Subsidiado [ ]
3. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] — B. Cabeza de Familia [ ] — C. Beneficiario [ ]
4. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Dependiente [X] — B. Independiente [ ] — C. Pensionado [ ]
CÓDIGO:
FECHA DE LA SOLICITUD:

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Ruello | Lopez | Sindy | Leonor |

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.051.668.288
9. SEXO: X
10. FECHA NACIMIENTO: 30 / 09 / 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ESTADO CIVIL: Código [ ] Unión Libre [ ] Casado [ ] Viudo [ ] Separado [ ] Soltero [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo [ ] Cuantías [ ]
13. PARENTESCO: [ ]
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: [ ]
15. NIVEL SISBEN: [ ]
16. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Sura
17. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Proteccion
18. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN: $1.423.500
19. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cll 47 #16F-108
PBX: [ ] — CELULAR: X — LOCALIDAD / COMUNA: — BARRIO: — CÓDIGO IPS:
CIUDAD / MUNICIPIO: Montería
DEPARTAMENTO: Cordoba
TELÉFONO FIJO: 3215985413
CORREO ELECTRÓNICO: Sindypo93@gmail.com

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Complete si cumple con la condición del numeral)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO — 23. FECHA (DD/MM/AAAA) — CÓDIGO IPS

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

| 24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 26. NÚMERO DE IDENTIDAD | 27. SEXO | 28. FECHA DE NACIMIENTO | 29. PARENTESCO | 30. DISCAPACIDAD (Tipo / Cuantías) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| 31. DATOS DE RESIDENCIA (Ciudad / País) | Departamento | Zona | Teléfono | Teléfono Móvil | 32. NIVEL SISBEN (A1 a D20) | 33. Número de la resolución (no obligatorio para afiliados adicionales) | ESTADO DE AFILIADO | GRUPO PRIORITARIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

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

25. Nombre o Razón Social: Consorcio Pavimentacuella NIT
26. Tipo documento de identidad:
27. Número documento de identidad: 901.939.343
28. Tipo de aportante: 1 - Empleador o pagador de pensiones
29. Dirección de notificación: Cra 95 #27-28
30. Teléfono: 3018426777
31. Correo electrónico: carorenopavimentacion@gmail.com
32. Ciudad: Montería
33. Departamento: Cordoba
34. Fecha inicio de relación laboral: 07 / 05 / 2024
35. Cargo: Ing. Estructural
36. Salario: $ 1.423.500 -

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1 ACTUALIZACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2 CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3 ACTUALIZACIÓN DE UBICACIÓN Y CONTACTO [ ]
4 ACTIVACIÓN DE CONDICIONES DE BAJA COMPLEMENTARIAS [ ]
5 ACTUALIZACIÓN DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS
Código [ ]
6 REINGRESO EN LA EPS [ ]
7 RECONOCIMIENTO DE ADICIONES ADICIONALES [ ]
8 EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9 RETIRO DE RELACIÓN LABORAL O ADUANERO DE CONDICIÓN DE PAGO COMPARTIDO [ ]
10 TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN ADUANERA O PUNTUAL DE LA EPS COMPARTIDA [ ]
PAGO SALARIO COMPARTIDO
11 INACTIVACIÓN A TRAVÉS DE AUTORIZACIÓN PARA RECLAMACIÓN DE SUBSIDIOS COLECTIVAS [ ]
12 DESVINCULACIÓN A TRAVÉS DE AUTORIZACIÓN PARA TRAMITACIÓN APLICABLE [ ]
13 CAMBIO DE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
14 AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15 RETIRO [ ]
16 RETIRO DE LA EPS [ ]
17 RETIRO DE LA CUENTA DE PRIVILEGIADOS [ ]
18 RETIRO DE LA CUENTA DE PENSIONADOS [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA (DD/MM/AAAA)
42. FECHA (DD/MM/AAAA) — 43. CPS ASIGNADA Código — 44. CÓDIGO DE UNIDAD Código — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FEDERACIÓN DE PENSIONADOS

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro en Montería, a los [ ] días del mes de [ ] de [ ]

1. Declaro bajo gravedad de juramento que los beneficiarios y afiliados adicionales [ ] que relaciono en el presente formulario [ ] reúnen los requisitos de ley.
2. Declaro que la información consignada en el presente Formulario Único es completa y verídica.
3. Declaro que he recibido de manera gratuita la información relacionada con los deberes y derechos que me asisten como afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
4. Autorizo a mi empleador para descontar de mi salario el valor correspondiente a mi cotización y la de mis beneficiarios y afiliados adicionales, así como los aportes voluntarios que por este concepto solicite.
5. Autorizo a mi empleador para trasladar mis aportes a la EPS que elija, en el momento en que así lo solicite.
6. Autorizo a mi empleador para que la información suministrada en el presente formulario sea verificada ante las entidades públicas que por ley tienen esa competencia.
7. Autorizo a mi empleador para que la información suministrada en el presente formulario sea verificada ante las entidades públicas que por ley tienen esa competencia.
8. Autorizo a mi empleador para que la información suministrada en el presente formulario sea verificada ante las entidades públicas que por ley tienen esa competencia.
9. Autorizo a mi empleador para que la información suministrada en el presente formulario sea verificada ante las entidades públicas que por ley tienen esa competencia.
10. Autorizo a mi empleador para que la información suministrada en el presente formulario sea verificada ante las entidades públicas que por ley tienen esa competencia.

IX. FIRMAS

54. Firma del Cotizante, Cónyuge o Cabeza de Familia o Beneficiario: Sindy Ruello
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

Cantidad [ ] Total [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

56. Direccionamiento de la Entidad Territorial
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
57. Datos del SISBEN
Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Grupo [ ]
58. Fecha de radicación
59. Fecha de validación
79. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad [ ]
Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del interesado en el debido diligencia la veracidad de la información consignada en los declaraciones y autorizaciones en el capítulo VIII del formulario

3784

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 900.909.201-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicado

Fecha de Radicación 05 05 2025

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: 4. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Chavema Marcela
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1.100.628.216
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 27 06 1995

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales
11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo: Condición:
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
16. Administradora de Pensiones: Colpensiones
17. Número de radicación: 1425500
18. Residencia: Cra 9 # 8A - 11
Municipio/Distrito: Chinú
Zona: Urbana [ ] Rural [X]
Teléfono: 3026035971
Correo electrónico: marcela627@gmail.com
Localidad/Comuna:
Departamento: Sucre

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente migrante
19. Apellidos y nombres:
20. Tipo de documento de identidad:
21. Número del documento de identidad:
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento:

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

| | 24. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 26. Tipo de documento de identidad | 27. Número del documento de identidad | 28. Sexo: Femenino | Masculino | 29. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | |

Datos complementarios

| | 25. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo M | Tipo M | Condición T | Condición P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Zona: Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Instituciòn Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| c | | |
| a | | |
| b | | |
| s | | |
| d | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: Consorcio Previsoria La Equidad
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901.937.393
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Cra 45 # 29 - 28 (Dirección) 3218426777 (Teléfono) consorciopreventa@gmail.com (Correo electrónico) Montería (Municipio/Distrito) Córdoba (Departamento)

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Página 1 de 2
01/2015

3735

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 901.021.565-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 05 05 2025

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ] D. Pensionado [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

| 6. Apellidos y nombres: | | | |
|---|---|---|---|
| Arratt | Saleedo | Karen | Margarita |
| 7. Tipo de documento de identidad: CC | 8. Número del documento de identidad: 1052995400 | 9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ] | 10. Fecha de nacimiento: 06 10 1995 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia: [ ] 12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ] 13. Puntaje SISBÉN: [ ] 14. Grupo de población especial: [ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA 16. Administradora de Pensiones: Colpensiones 17. Ingreso mensual aproximado: $ 1.423.500 -

18. Dirección: Cra 10 # 20-32 Municipio/Distrito: Tolima Zona: Urbana [ ] Rural [X] Localidad/Comuna: [ ] 300 5457842 Karenarratt@gmail.com Departamento: Cordoba

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: [ ]

20. Tipo de documento de identidad: [ ] 21. Número del documento de identidad: [ ] 22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] 23. Fecha de nacimiento: [ ]

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 | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

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

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Zona: Rural | Departamento | Teléfono 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 | | |
| B | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Pavimentación | NIT | 901.937.393 | |

39. Ubicación: Dirección: Cra 45 # 27-28 Teléfono: 321 8926677 Correo electrónico: Consorciopavimentacion@gmail.com Municipio/Distrito: Montería Departamento: Cordoba

- 2a. COPIA: AFILIADO -

FORM-1 V4.2 10/2020

3786

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran dentro del formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 05 05 2015

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Morales | Padilla | Jorge | Eliecer |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| C.C. [ ] | 1.067.869.373 | Femenino [ ] Masculino [X] | 21 06 1988 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| [ ] | Tipo [ ] Condición [ ] | [ ] | [ ] |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización (IBC) |
|---|---|---|
| Sura. | Protección | $ 1.423.500 |

| 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Cra 10 #20-32 | | 3004666744 | jorgemoralespadilla@gmail.com |
| Montería (Municipio/Distrito) | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Córdoba (Departamento) |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

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

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono 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 | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Pavimentacion La | NIT | 901.937.393 | |

| 39. Ubicación | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cra 45 #27-28 (Dirección) | 3018726777 (Teléfono) | consorciopavimentacion@hotmail.com (Correo electrónico) | Montería (Municipio/Distrito) | Córdoba (Departamento) | |

F385-RIVA V.1.0-2015

3787

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Tipo de documento de identidad [ ] | | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha 07 05 2025 |
|---|---|---|---|---|
| 43. EPS anterior | | 44. Motivo de traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

Jorge Posada

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ] | 67. Datos del SISBÉN Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ] | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | 65. Firma del funcionario |
|---|---|---|

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

F085-RVA V.1.0-2016

3788

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 05 05 20 25

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Manjarez | Palacio | Jair | Jose |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| C.C. [ ] | 1.065.599.060 | Femenino [ ] Masculino [X] | 05 / 11 / 1988 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| [ ] | Tipo [ ] Condición [ ] | [ ] | [ ] |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso Base de cotización -IBC |
|---|---|---|
| SURA | Porvenir | $ 1.423.500 |

| 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cll 7 D # 29-39 | | | 3003217402 | jjmanjarez@gmail. |
| Municipio/Distrito: Valledupar | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Departamento: Cesar | |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 N | Tipo M | Condición T | Condición P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia Municipio/Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono 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 | | |
| B | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Pavimentación La | NIT | 901.937.393 | |

| 39. Ubicación | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cra 45 #77-20 | 301 8726777 | consorciopavimentacion@hotmail.com | Montería | Cordoba | |
| Dirección | Teléfono | Correo Electrónico | Municipio/Distrito | Departamento | |

FOR-SALUD-[illegible]

FOR-SALUD-[illegible]

F085-FIVA V.1.0-2016

3739

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Tipo de documento de Identidad [ ] | | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha 07 05 2025 |
|---|---|---|---|---|
| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código [ ] | | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Luis Manrique

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBEN: Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | 65. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

F385-RVA V.1.0-2016

3740

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 806.008.394-4

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicado

Fecha de Radicación 05 01 2025

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia -Beneficiario o afiliado adicional [ ] D. De oficio [ ]; B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres: Tapias Iguarez Ana Elena
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 30.923322
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 26 11 1977

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS** (Datos personales)

11. Etnia [ ]
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN [ ]
14. Grupo de población especial [ ]
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base cotización - IBC: $ 2.320.000
18. Residencia: Cl 11 #13-04 — Montería (Municipio/Distrito) — Zona: Urbana [X] Rural [ ] — 3023468780 — Samaná (Localidad/Comuna) — Montelíbano (Departamento) — Milenajguarez26@

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR** (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad [ ]
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

| | 24. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | |
| 02 | | | | | |
| 03 | | | | | |
| 04 | | | | | |
| 05 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo F | N | M | Condición T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |

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 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

35. Nombre o razón social: Corporación Puntos Cardinales Ltda.
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901.937.393
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación — Dirección: Cra 45 #27-28 — Teléfono: 3219726777 — Correo electrónico: contabilidad.puntos@gmail.com — Municipio/Distrito: Montería — Departamento: Córdoba

- 2a. COPIA: AFILIADO -

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 05/05/2015

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Padilla | Meza | Beatriz | Elena |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC [ ] | 23.178952 | Femenino [X] Masculino [ ] | 14/08/1985 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| [ ] | Tipo [ ] Condición [ ] | [ ] | [ ] |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización -IBC |
|---|---|---|
| Sura | Protección | $ 2.480.000 |

| 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cll 28A #10-14 | | 3013702959 | | Ing.beatrizpadilla@ |
| Sincelejo (Municipio/Distrito) | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | | Localidad/Comuna | Sucre (Departamento) |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

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

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono 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 | | |
| B | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Reuniarthaus Ltda | NIT [ ] | 90.937.393 | |

| 39. Ubicación | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cra 45 #27-28 | 3218926777 | consorcioreuniarthaus@hotmail.com | Montería | Córdoba | |
| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento | |

FSalS-RVA V.1.0-2014

3772

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**SaludTotal** EPS-S
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran antes de diligenciar

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Tipo de documento de identidad [ ] | | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha 07 05 2025 |
|---|---|---|---|---|
| 43. EPS anterior | | 44. Motivo de traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

Bealys Padilla
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicacion | 69. Fecha de validacion |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | 65. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

F38S-RVA V.1.0-2016

3793

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura



I. DATOS DEL TRÁMITE — No. U — Fecha de Radicación (a registrar por la EPS): 05 05 2025

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación — A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] / Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): [ ] Código Tipo de Pensionado: [ ]

A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres — Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 7. Tipo de doc |
|---|---|---|---|---|
| Lozano | Mestra | Luis | Tomas | CC |

| 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento | Estado civil | EPS anterior |
|---|---|---|---|---|
| 1.067.904.316 | Femenino [ ] Masculino [X] | 22 09 1991 | Soltero | |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS — Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P) | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización -IBC |
|---|---|---|
| SURA | Porvenir | $ 2.240.000 |

| 18. Residencia Dirección | Teléfono fijo | Teléfono Celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| Cra 29 # 31-10 | | 3016615905 | Lrlozanoc hotmail.com |

| Municipio/Distrito | Zona | Localidad/Comuna | Departamento | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|
| Montería | Urbana [X] Rural [ ] | | Cordoba | |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR — Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres — Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 20. Tipo de doc |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento | Dirección |
|---|---|---|---|
| | Femenino [ ] Masculino [ ] | | |

| Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Código IPS (a registrar por la EPS) | Teléfono fijo | Teléfono Celular |
|---|---|---|---|---|---|
| | Urbana [ ] Rural [ ] | | | | |

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

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

| | 25. Tipo de doc | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | Correo electrónico |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

| Datos complementarios | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | 33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Tipo F N M / Condición T P | |
| B2 | | | Tipo F N M / Condición T P | |
| B3 | | | Tipo F N M / Condición T P | |
| B4 | | | Tipo F N M / Condición T P | |
| B5 | | | Tipo F N M / Condición T P | |

| 32. Datos de residencia | Dirección | Zona | Municipio / Distrito | Departamento | Teléfono fijo | Celular |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | U R | | | | |
| B2 | | U R | | | | |
| B3 | | U R | | | | |
| B4 | | U R | | | | |
| B5 | | U R | | | | |

| 34. Selección de la IPS Primaria | Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de doc | 37. Número de documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Pavimentación LC | NIT | 901.937.393 | |

| 39. Ubicación Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| Cra 45 # 27 - 28 | 3218976777 | consorciopavimentacion@gmail.com | Montería | Cordoba |

- ORIGINAL -

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

3494



No. U

B. REPORTE DE NOVEDADES 40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD 41. Datos básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de doc | Número del documento de identidad | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha 0 4 0 5 2 0 2 5 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | | |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante o cabeza de familia | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o deOficio | Código Asesor |
|---|---|---|
| Luis Lozano | | |

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura públicao sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

ARL - EXCLUSIÓN SELLO O STICKER

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | | |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| | | | |

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

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

- ORIGINAL -

3775

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 05 05 2025

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Cano | Gonzalez | Geiner | |
| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
| C.C. [ ] | 1.067.898.283 | Femenino [ ] Masculino [X] | 29/1/1990 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| [ ] | Tipo [ ] Condición [ ] | [ ] | [ ] |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización -IBC |
|---|---|---|
| Sura | Porvenir | $1.423.500 |

| 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Cl 3E N 26-24 | | 3002370990 gecano1990@gmail.com | |
| Municipio/Distrito: Montería | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Departamento: Cordoba |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 20. Tipo de documento de identidad [ ] | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | 23. Fecha de nacimiento |

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 | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

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

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono 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 | | |
| B | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Aseguramiento Le | NIT | 901.937.393 | |

| 39. Ubicación | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Cra 4S # 27-20 | 3018726777 | consorcioaseguramiento@gmail.com | | Montería | Cordoba |
| Dirección | Teléfono | Correo Electrónico | | Municipio/Distrito | Departamento |

FSBS-RVA V.1.0-2019

3996

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

## II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Tipo de documento de identidad [ ] | | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha 07 05 1995 |
|---|---|---|---|---|
| 43. EPS anterior | | 44. Motivo de traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

Geiner CANO

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBEN Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | 65. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

F385-PVA V.1.0-2018

3797

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) 05 05 2025



## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento):

Código Tipo de Pensionado:

## A. AFILIACIÓN

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 7. Tipo de doc |
|---|---|---|---|---|
| Jimenez | Espinel | Ana | Milena | CC |

| 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento | Estado civil | EPS anterior |
|---|---|---|---|---|
| 50.929.509 | Femenino [X] Masculino [ ] | 15 11 1978 | casada | |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| Sura | Proteccion | $ 1.423500 |

| 18. Residencia Dirección | Teléfono fijo | Teléfono Celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| Tru. 2 sur # 6-04 | | 3137366869 | anamibraje15@gmail.com |

| Municipio/Distrito | Zona | Localidad/Comuna | Departamento | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|
| Montería | Urbana [ ] Rural [ ] | Pasaluna Barrio | Cordoba | |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 20. Tipo de doc |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento | Dirección |
|---|---|---|---|
| | Femenino [ ] Masculino [ ] | | |

| Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Código IPS (a registrar por la EPS) | Teléfono fijo | Teléfono Celular |
|---|---|---|---|---|---|
| | Urbana [ ] Rural [ ] | | | | |

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 doc | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | Correo electrónico |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

| Datos complementarios | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | 33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | |
| B2 | | | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | |
| B3 | | | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | |
| B4 | | | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | |
| B5 | | | Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | |

| | 32. Datos de residencia Dirección | Zona | Municipio / Distrito | Departamento | Teléfono fijo | Celular |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | U R | | | | |
| B2 | | U R | | | | |
| B3 | | U R | | | | |
| B4 | | U R | | | | |
| B5 | | U R | | | | |

| | 34. Selección de la IPS Primaria | Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

### V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de doc | 37. Número de documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Pavimentacion Le | NIT | 901937.393 | |

| 39. Ubicación Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| cr 45 A 27 - 28 | 3148776097 | consorciopavimentacion | Montería | Cordoba |

- ORIGINAL -

Versión Septiembre 2021

spotemo

3998

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U



## 8. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de doc | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | D D M M A A A A | 07 10 5 2021 5 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante o cabeza de familia | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio | Código Asesor |
|---|---|---|
| Ana Jimenez | | |

## IX. ANEXOS

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

ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial | | 67. Datos del SISBÉN | | | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código del Municipio | Código del departamento | Número de ficha | Puntaje | Nivel | D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | | | | | | |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| | | | |
| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario | |
| | | | |

OBSERVACIONES: _____

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

- ORIGINAL -

3749

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 025, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: 06 05 2025

## I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): [ ]

## A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: Corrales | Segundo apellido: Diaz | Primer nombre: Cesar | Segundo nombre: David |
| 7. Tipo de documento de identidad: C.C. | 8. Número del documento de identidad: 1010119183 | 9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X] | 10. Fecha de nacimiento: 04 10 2000 |

### III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo / Condición | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| [ ] | [ ] [ ] | [ ] | [ ] |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso Base de Cotización - IBC |
|---|---|---|
| SURA | Porvenir. | $ 1.520.000 |

| 18. Residencia: Dirección | Teléfono Fijo | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| Cra 9 # 22-35 | — | 3016186573 | casarcorrales@gmail. |

| Municipio / Distrito | Zona: Urbana | Zona: Rural | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| Montería | [X] | [ ] | Centro | Córdoba. |

### IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge 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: Femenino [ ] Masculino [ ] | 23. Fecha de nacimiento: [ ] |

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 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 | Teléfono fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la I.P.S. Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

### V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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 (A registrar por la E.P.S.) |
|---|---|---|---|
| Consorcio pavimentacion Le | [ ] [ ] | 901.937.393 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono Fijo | Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| Cra 45 # 27 - 28 | 3218926277 | consorciopavimentacionle | Montería | Córdoba |

3750

## B. REPORTE DE NOVEDADES



40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [ ] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino | Sexo: Masculino | Fecha de Radicación | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|---|
| [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] | | [ ] | [ ] | | [ ][ ][ ][ ][ ][ ] |

| 43. EPS Anterior | 44. Motivo de Traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |
|---|---|
| Cesar Canales | |

## IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] — Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio. Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de Validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| [ ][ ] | [ ][ ] | | | | [ ][ ][ ][ ][ ][ ] | [ ][ ][ ][ ][ ][ ] |

70. Datos funcionario que realiza la validación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| [ ][ ][ ][ ][ ] | | |

Observaciones:

| Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial | Sello de radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| C.C. No. | | |

**Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.**

3751

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación 05 05 2025

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Diaz | Mendoza | Alvaro | Rafael |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| C.C. [ ] | 1.067.959.809 | Femenino [ ] Masculino [X] | 26 09 1998 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| [ ] | Tipo [ ] Condición [ ] | [ ] | [ ] |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| Sura | Porvenir | $1.520.000 |

| 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Cr 16 #34-05 | 3012634189 | alvarodiazmendoza | |
| Montería (Municipio/Distrito) | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Córdoba (Departamento) |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 | Teléfono 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 | | |
| B | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Administrativo | NIT [ ] | 901.937.393 | |

| 39. Ubicación: Dirección | Teléfono | | Municipio/Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| Cra 45 # 27-28 | 3018776777 | Consorcio.pruebas@gmail.com | Montería | Cordoba |

F38S-RVA V.1.0-2016

3752

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran dentro del formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Tipo de documento de identidad [ ] | | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha 07 05 2025 |
|---|---|---|---|---|
| 43. EPS anterior | | 44. Motivo de traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación delcotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

Alvaro Diaz

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio [ ] | Código del departamento [ ] | 67. Datos del SISBÉN Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | 65. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario,el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

F085-RVA V.1.0-2016

Versión Superintendencia

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 830.008.084-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación 05/05/2025

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [X]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

6. Apellidos y nombres: Villadiego Regino Revel Ricardo
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 10.384.550
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 09/10/1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales
11. Etnia
12. Discapacidad — Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
16. Administradora de Pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.440.000
18. Residencia: Mz 71 Lt 10 — Municipio/Distrito: Montería — Zona: Urbana [X] Rural [ ] — Teléfono fijo y/o celular: 304 668 1047 — Correo electrónico: reginovillalobos@gmail.com — Departamento: Córdoba

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante
19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

| | 24. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | |
| 02 | | | | | |
| 03 | | | | | |
| 04 | | | | | |
| 05 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad — Tipo: F | M | M | Condición: Y | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |

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 | | |
| D | | |
| O | | |
| B | | |
| S | | |
| E | | |

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

35. Nombre o razón social: Comercio Publicaciones Ltda
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901.937.393
38. Tipo de aportante a pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación — Dirección: Cra 45 # 27 - 20 — Teléfono: 321 892 6777 — Correo electrónico: comercio@gmail.com — Municipio/Distrito: Montería — Departamento: Córdoba

- 2a. COPIA: AFILIADO -

3759

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total EPS-S**
NIT 800.130.907-4
Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 09/05/2025

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] — Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Manjarez | Garcia | Modesto | Rafael. |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| C.C. [ ] | 92.513.714 | Femenino [ ] Masculino [X] | 01/05/1970 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| [ ] | Tipo [ ] Condición [ ] | [ ] | [ ] |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización IBC |
|---|---|---|
| Sura, | Protección | $ 1.440.000 - |

| 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Cll 12 # 10 - 22 | | 3104580227 | |
| Municipio/Distrito: Sincelejo | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Departamento: Sucre, |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

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

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono 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 | | |
| B | | |
| B | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN 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) |
|---|---|---|---|
| Consorcio Alimentacion La Paz | Nit | 901.937.393 | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cra 45 # 22 - 28 | 3018776977 | Correo electrónico | Montería | Cordoba |
| Dirección | Teléfono | | Municipio/Distrito | Departamento |

F383-RIVA V.1.0-2016

3955

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS-S

NIT 800.130.907-4

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación | Fecha de Radicación

## II. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Tipo de documento de identidad [ ] | | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha 07 05 2025 |
|---|---|---|---|---|
| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código [ ] | | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario — Hodesto Pantoja

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

## IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBEN Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | 65. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

F365-FVA V.1.0-2016

Versión Superintendencia

Prohibida la reproducción parcial o total sin autorización de Salud Total EPS-S

3256

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 900.226.715-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 25 05 2025

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Vergara Pernett Jose Antonio

7. Tipo de documento de identidad: CC [ ]
8. Número del documento de identidad: 78.766.640
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 34 01 01 1978

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia [ ]
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN [ ]
14. Grupo de población especial [ ]
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
16. Administradora de Pensiones: PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.440.000 =
18. Residencia: Cll principal Valencia
Municipio/Distrito
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Dirección: 3246080600 JV12018@gmail.com
Correo electrónico
Departamento: Cordoba

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad [ ]
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

| | 24. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo F | N | M | Condición T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |

Selección de la IPS primaria

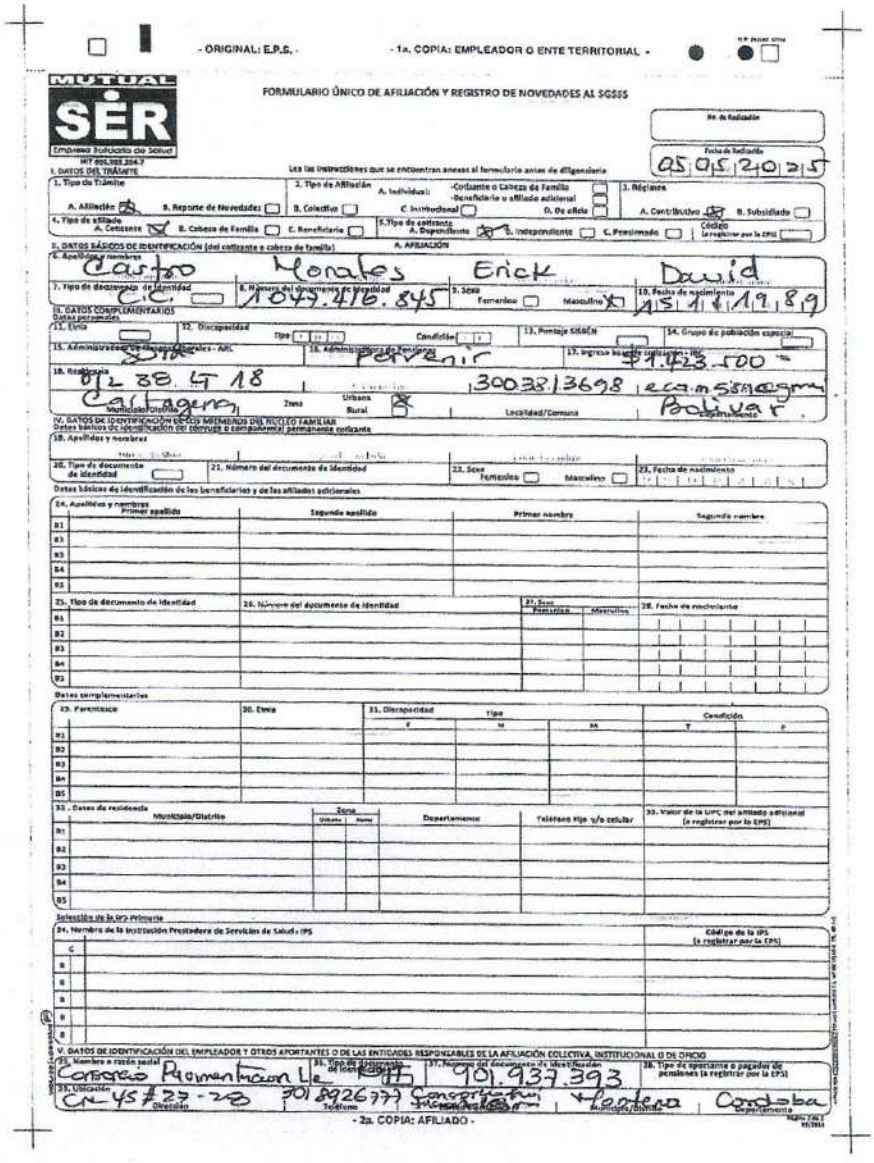
| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social de la empresa: Consorcio Pensionhem Ltda
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901 939 393
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: Cll 45 # 27-28 | Teléfono: 3018726773 | Correo electrónico: contabilidad@consorciopensionhem.com | Municipio/Distrito: Monteria | Departamento: Cordoba

- 2a. COPIA: AFILIADO -

3957



- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 900.565.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 05 05 2015

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Castro Morales Erick David
7. Tipo de documento de identidad: C.C. [ ]
8. Número del documento de identidad: 1.049.416.845
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: AÑO 1989 MES 11 DÍA 19

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
16. Administradora de Pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.423.500
18. Residencia: Dir 38 4T 18 | 3003813698 | ecam584@gmail.com
Municipio/Distrito: Cartagena | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Departamento: Bolivar

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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 | Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo F | M | PA | Condición T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia: Municipio/Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono 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 | | |
| B | | |
| B | | |

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

35. Nombre o razón social: Cordero Plasmaticum Ltda
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901.937.393
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: CR 45 #22-28 | Teléfono: 3018926777 | Correo electrónico: [illegible] | Municipio/Distrito: Montería | Departamento: Cordoba

- 2a. COPIA: AFILIADO -

3458

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **HERNANDEZ BECERRA MARIA MONICA** identificado(a) con **CC** número **1.102.867.659** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de septiembre de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

3959

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:

**CLAUDIA MARCELA IBAÑEZ MEZA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.828.523**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

3760

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **PUELLO LOPEZ SINDY LEONOR** identificado(a) con **CC** número **1.051.668.288** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de julio de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de septiembre de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

*__Importante:__ Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

3961

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**MARCELA QUIROZ CHAVERRA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.628.216**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

3762

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 **KAREN MARGARITA ARRAUTT SALCEDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1052995400,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2020** 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 05 de septiembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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.



Colpensiones
Dirección: Carrera 10 No.72 – 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

3763

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **PADILLA MEZA BEATRIZ ELENA** identificado(a) con **CC** número **23.178.952** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de septiembre de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de septiembre de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

3769

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MORALES PADILLA JORGE ELIECER** identificado(a) con **CC** número **1.067.869.373** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2024 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de septiembre de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

3765

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:

**LUIS TOMAS LOZANO MESTRA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.904.316**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

3766

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:

**GEINER CANO GONZALEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.898.283,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

3967

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **JIMENEZ ESQUIVEL ANA MILENA** identificado(a) con **CC** número **50.929.509** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 25 de febrero de 2015 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de septiembre de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

3768

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:

**CESAR DAVID CORRALES DIAZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.119.183**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

3769

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:

**ANA MILENA TAPIA AGAMEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **50.923.322**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.*

3770

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:

**ALVARO RAFAEL DIAZ MENDOZA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.959.809**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

3771

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**JAIR JOSE MANJARRES PALACIO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.599.060**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

3772

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**YESICA JULIETH MARTINEZ GUZMAN,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.430.634**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

3773

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **GARCIA MANJARRES MODESTO RAFAEL** identificado(a) con **CC** número **92.513.714** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 1995 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de septiembre de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

*__Importante:__ Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

3774

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:

**JOSE ANTONIO VERGARA PERNET,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **78.766.640**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

3775

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:

**ERICK DAVID CASTRO MORALES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.416.845,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 de Septiembre 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.

EPS | sura

ARL | sura

3776

Medellín, 06 de Mayo de 2025

## LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

## HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO PAVIMENTACION LC, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C10765941 | ANAYA SANCHEZ LUIS FERNANDO | 07/05/2025 | | 235132I2 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1052995400 | ARRAUTT SALCEDO KAREN MARGARITA | 07/05/2025 | | G1833913 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1067898283 | CANO GONZALEZ GEINER | 07/05/2025 | | 162a³175 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1047416845 | CASTRO MORALES ERICK DAVID | 07/05/2025 | | 138³1252 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1010119183 | CORRALES DIAZ CESAR DAVID | 07/05/2025 | | F3723613 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1067959809 | DIAZ MENDOZA ALVARO RAFAEL | 07/05/2025 | | 18817214 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1102867659 | HERNANDEZ BECERRA MARIA MONICA | 07/05/2025 | | 16619525 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1102828523 | IBAÑEZ MEZA CLAUDIA MARCELA | 07/05/2025 | | 20920025 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C50929509 | JIMENEZ ESQUIVEL ANA MILENA | 07/05/2025 | | 64230170 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1067904316 | LOZANO MESTRA LUIS TOMAS | 07/05/2025 | | 35230N13 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1065599060 | MANJARRES PALACIO JAIR JOSE | 07/05/2025 | | 24114439 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1003430634 | MARTINEZ YESICA JULIETH | 07/05/2025 | | 198v2281 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1067869373 | MORALES PADILLA JORGE ELIECER | 07/05/2025 | | 131G238p | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C23178952 | PADILLA MEZA BEATRIZ ELENA | 07/05/2025 | | Iy2544i2 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10713509142524843238

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/05/2025 15:01:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 177.8.73.189, 192.230.104.3, 172.16.42.57

3777

## LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

## HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO PAVIMENTACION LC, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1051668288 | PUELLO LOPEZ SINDY LEONOR | 07/05/2025 | | 13118820 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C1100628216 | QUIROZ CHAVERRA MARCELA | 07/05/2025 | | 20824919 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C50923322 | TAPIA AGAMEZ ANA MILENA | 07/05/2025 | | 16921115 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C78766640 | VERGARA PERNET JOSE | 07/05/2025 | | 36209165 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |
| C10784550 | VILLADIEGO REGINO PAVEL RICARDO | 07/05/2025 | | ON163254 | DEPENDIENTE | EN COBERTURA |

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10713509142524843238

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/05/2025 15:01:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 177.8.73.189, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Consorcio pavimentacion lc

# CONSORCIO PAVIMENTACION LC

## LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL
## CONSORCIO PAVIMENTACION LC

**NIT. 901.937.393-1**

**CERTIFICA QUE:**

Para la ejecución del contrato de obra No. LP-SIM-002-2025 que tiene por objeto "PAVIMENTACION DE VIAS EN BARRIOS DE LAS COMUNAS 4, 6 Y 8 EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA" cuenta con la disponibilidad de maquinaria y equipos que se relacionan a continuación:

| No. | Maquinaria/Equipo | Cantidad | Arriendo/Propia |
|---|---|---|---|
| 1 | Cortadora de pavimento 13.5 hp | 1 | Propia |
| 2 | Retrocargador pala 95hp | 1 | Arriendo |
| 1 | Regla vibratoria | 1 | Propia |
| 2 | Motoniveladora 125 hp. | 1 | Arriendo |
| 3 | Vibrocompactador, potencia 31 hp | 1 | Arriendo |
| 4 | Vibrador de concreto 2hp manguera 3mts | 1 | Propia |
| 5 | Minicargador con martillo demoledor | 1 | Arriendo |
| 6 | Minicargador con brazo excavador | 1 | Arriendo |
| 7 | Rieles metalicos de 3 mts | 1 | Arriendo |
| 8 | Vehiculo para transporte de agua | 1 | Arriendo |
| 9 | Mezcladora bulto 1 ½ | 1 | Propia |
| 10 | Retrocargador 95hp | 1 | Arriendo |
| 11 | Fumigadora agrícola | 1 | Propia |
| 12 | Compactador manual vibratorio tipo rana vibraciones s 4500vpm | 1 | Propia |
| 13 | Equipo limpiador soplador de espalda | 1 | Propia |
| 14 | Carro canasta con brazo hidráulico | 1 | Arriendo |
| 15 | Generador eléctrico | 1 | Propia |
| 16 | Compactador (saltarin) fuerza 12 KN | 1 | Propia |
| 17 | Equipos de soldadura | 1 | Arriendo |
| 18 | Equipo de oxicorte cap. Corte 6" | 1 | Arriendo |
| 19 | Motosierra | 1 | Propia |
| 20 | Taladro de ½ | 1 | Propia |
| 21 | Pulidora | 1 | Propia |
| 22 | Lijadora | 1 | Propia |

Cl 59 #12-45 MONTERIA – CORDOBA
Celular: 6047838295
Correo: consorciopavimentacionlc@gmail.com

3779

Consorcio pavimentacion lc

# CONSORCIO PAVIMENTACION LC

| No. | Maquinaria/Equipo | Cantidad | Arriendo/Propia |
|---|---|---|---|
| 23 | Pistola calafateo | 1 | Propia |
| 24 | Volqueta 7 m3 | 1 | Arriendo |
| 25 | Formaleta tapas | 1 | Arriendo |
| 26 | Equipo demarcación pavimentos 3600psi | 1 | Arriendo |
| 27 | Bulldozer 140 hp, 2200 rpm long. Hoja 4.80m | 1 | Arriendo |
| 28 | Motobomba 3" | 1 | Propia |
| 29 | Retroexcavadora de oruga 155 hp | 1 | Arriendo |
| 30 | Gatos cortos 1.6mts a 2.6 mts | 1 | Arriendo |
| 31 | Tableros en madera de 0.70 x 1.40 | 1 | Arriendo |
| 32 | Tijeras cortas 1.80 mts | 1 | Arriendo |
| 33 | Compresor | 1 | Arriendo |

Se expide esta certificación por solicitud del interesado, a los siete (7) días del mes de mayo de 2025.

Atentamente,

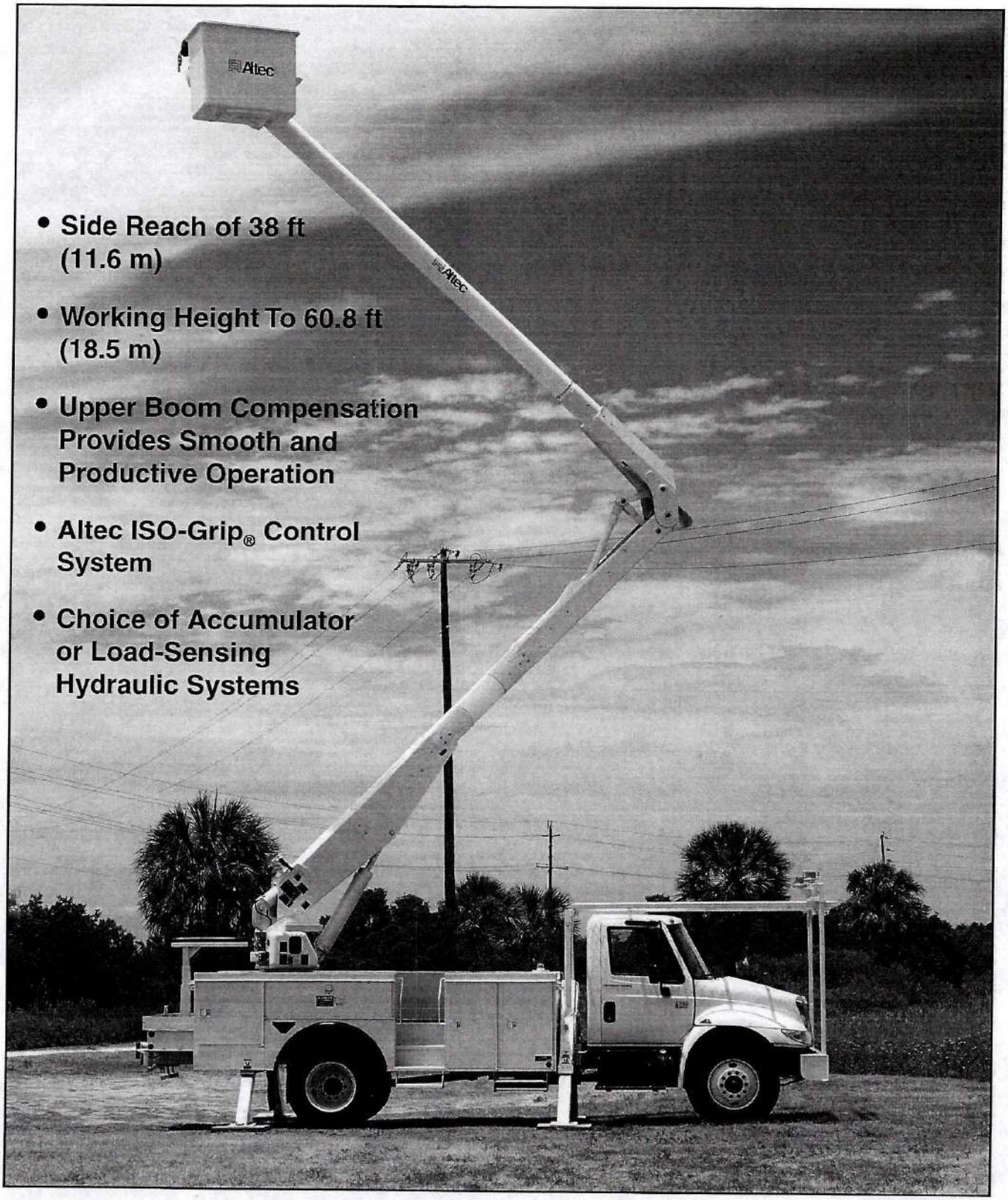
Carmen Sofia Valverde

**CARMEN SOFIA VALVERDE TORRES**
Rep. legal Consorcio Pavimentación LC
C.C. 1.071.350.914 de San Carlos

Cl 59 #12-45 MONTERIA – CORDOBA
Celular: 6047838295
Correo: consorciopavimentacionlc@gmail.com

# Altec AA755
## Non-Overcenter Aerial Device

3780




- Side Reach of 38 ft (11.6 m)
- Working Height To 60.8 ft (18.5 m)
- Upper Boom Compensation Provides Smooth and Productive Operation
- Altec ISO-Grip® Control System
- Choice of Accumulator or Load-Sensing Hydraulic Systems

# Altec AA755 Specifications

0781

## STANDARD FEATURES

- Upper Boom Compensation
- A-Frame Outriggers
- Hydraulic Tool Circuit
- 24 in x 48 in x 42 in (610 x 1219 x 1067 mm) End-Mounted Platform
- Outrigger Boom Interlock System
- Outrigger Motion Alarm
- Altec ISO-Grip® Control System
- Back-Up Alarm

## OPTIONS

- Jib/Winch Material Handling System
- Platforms — Fiberglass
  - — End-Mounted, 24 in x 30 in x 42 in (610 x 762 x 1067 mm)
  - — Side-Mounted, 24 in x 30 in x 42 in (610 x 762 x 1067 mm), One or Two Platforms, Manual Tilt, Hydraulic Rotators. Patented.
  - — Side-to-End-Mounted, 24 in x 30 in x 42 in (610 x 762 x 1067 mm), Hydraulically Rotated. Patented.
- Secondary Stowage System — 12 VDC
- Accumulator Charging Kit
- Engine Start/Stop — Captive-Air
- Gin Pole Socket — End-Mounted Platforms
- Holders — Chain Saw or Pruner
- Jib Adapter — for A.B. Chance Hotline Tools
- Ladder — Platform Access
- Lifting Eye on Lower Boom
- Outrigger — Auxiliary: A-Frame or Modified A-Frame
- Step — Platform Access, for Side-Mounted Platforms
- Tool Circuits — at Tailshelf
- Platform Cover

## RECOMMENDED FEATURES

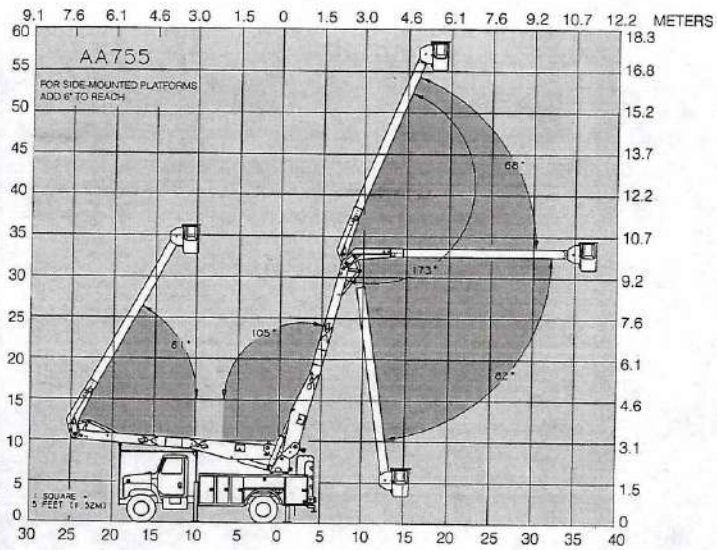
- Platform Liner
- Fall Protection System
- Wheel Chocks

## GENERAL SPECIFICATIONS

| | | |
|---|---|---|
| Ground to Bottom of Platform * — | | |
| End-Mounted Platform | 55.8 ft | 17.0 m |
| Side-Mounted Platform(s) | 55.6 ft | 16.9 m |
| Working Height* — | | |
| End-Mounted Platform | 60.8 ft | 18.5 m |
| Side-Mounted Platform(s) | 60.6 ft | 18.4 m |
| Max Reach from Centerline of Rotation to Lip of Platform — | | |
| End-Mounted Platform | 37.4 ft | 11.4 m |
| Side-Mounted Platform(s) | 38.0 ft | 11.6 m |
| Stowed Travel Height, Approximate* | 12.0 ft | 3.7 m |
| Upper Boom Isolation Gap, Minimum | 15.9 ft | 4.8 m |
| Fiberglass Lower Boom Insert Isolaiton Gap | 24 in | 609 mm |
| Platform Capacity — | | |
| End-Mounted, One-Man | 450 lb | 204.1 kg |
| Side-Mounted, Two-Man | 700 lb | 317.5 kg |
| Side-Mounted, Single One-Man | 400 lb | 181.4 kg |
| Side-Mounted, Dual One-Man | 600 lb | 272.2 kg |
| Material Handling Capacity to | 1,500 lb | 680.3 kg |
| Upper Boom Articulation | 0° to 173° | |
| Lower Boom Articulation | 0° to 105° | |
| Rotation | Continuous | |

*Based on chassis frame height of 40 in (1016 mm)

## REACH DIAGRAM




Altec Industries, Inc. reserves the right to improve models and change specifications without notice or obligation. Altec Aerial Devices meet or exceed all applicable ANSI standards as of the data of manufacturing.

Altec Sales and Service

Altec®

Manufacturing and Service Facilities Located Throughout the United States and Canada
www.altec.com


**Altec Industries, Inc.**
Post Office Box 10264
Birmingham, Alabama 35202
Phone 205/991-7733
Fax 205/991-9993



ALT3001042
AA755-3M-3/07

3782

## RE: aval para carro canasta internacional 2017

GUSTAVO ADOLFO VALENCIA JULIO <GUSTAVO.ADOLFO.VALENCIA@afinia.com.co>
Vie 7/06/2024 4:04 PM
Para:JOVANNY RUIZ OVIEDO <jovannyruizoviedo@hotmail.com>

Buenas tardes Ingeniero Jovanny, cordial saludos.

Revisada la documentación e inspección técnica del camión cantas con placa: KPN 592.

**Queda autorizada para realizar trabajos con tensión TCT hasta 34.5 KV.**

**Como sistema de acceso para trabajo en altura con capacidad hasta 700 lb**

Gentilmente,

afinia
Grupo·epm
CaribeMar de la Costa S.A.S. E.S.P.

**Gustavo Adolfo Valencia Julio**
Profesional SST Territorio| Talento Humano y Desarrollo Organizacional

**Gustavo.adolfo.valencia@afinia.com.co**
+57 (310) 217-6735
Carrera 2 #45 - 219, Barrio Industrial, Piso 2. | Montería, Córdoba.
www.afinia.com.co

**De:** JOVANNY RUIZ OVIEDO <jovannyruizoviedo@hotmail.com>
**Enviado el:** miércoles 5 de junio de 2024 11:28 AM
**Para:** GUSTAVO ADOLFO VALENCIA JULIO <GUSTAVO.ADOLFO.VALENCIA@afinia.com.co>; JOVANNY RUIZ OVIEDO <jovannyruizoviedo@hotmail.com>
**Asunto:** aval para carro canasta internacional 2017

**¡Cuidado!** este correo proviene de un usuario externo, no abras archivos adjuntos ni hagas clic en enlaces sin validar que el remitente y el contenido sean seguros. **Nunca entregues tu usuario ni contraseñas a través de enlaces.**

buenos dias

envió documentos para aval técnico de camión canasta vaso doble con capacidad de carga de 700 lbrs entre operario , herramientas y material del vehiculo de PLACAS KPN592 , marca INTERNACIONAL.

Documentos anexos

- tarjeta de propiedad
- seguro obligatorio
- declaración de importación
- importación
- pruebas dieléctricas
- pruebas de izaje
- especificaciones de la canasta

SALUDOS

JOVANNY RUIZ

Enviado desde Outlook

El contenido de este documento y/o sus anexos son para uso exclusivo de su destinatario intencional y puede contener Información legalmente protegida por ser privilegiada o confidencial. Si usted no es el destinatario intencional de este documento por favor Infórmenos de inmediato y elimine el documento y sus anexos. Igualmente, el uso indebido, revisión no autorizada, retención, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión o reproducción de este documento y/o sus anexos está estrictamente prohibido y sancionado legalmente. Agradecemos su atención. Grupo Empresarial EPM.

# CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE MAQUINARIA

Montería, 29 de abril de 2025

**REUNIDOS**

De una parte, **DIANA MILENA DEL VALLE MEJIA**, identificado con C.C. 50.934.397 actuando en nombre, en lo sucesivo, el ARRENDADOR y, de otra parte, **CARMEN SOFIA VALVERDE TORRES**, identificada con C.C. 1.071.350.914, actuando en representación legal de **CONSORCIO PAVIMENTACION LC**, identificada con NIT. 901.937.393-1, en lo sucesivo, el ARRENDATARIO.

MANIFIESTAN

1. Que el ARRENDADOR es propietario de la maquinaria descrita a continuación:

    - Camión tipo grúa de sostenimiento de redes. Modelo 2017

2. Que el ARRENDATARIO quiere arrendar la maquina o herramienta para uso en la obra "PAVIMENTACION DE VIAS EN BARRIOS DE LAS COMUNAS 4, 6 Y 8 EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA".
3. Que este arrendamiento afecta tanto a la maquina como a los accesorios que tenga.
4. Que la maquina se utilizara en el horario estipulado en la obra.

Por ello ambas partes acuerdan la celebración del presente CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE MAQUINARIA.

**CLAUSULAS**

PRIMERA.- Objeto del contrato y tiempo de duración.
El ARRENDADOR, cede en alquiler al ARRENDATARIO para uso y disfrute la maquinaria objeto de este contrato, pudiendo el arrendatario usarla para un buen uso profesional de la misma.
El ARRENDADOR reconoce que la maquina esta en buen estado y esto le permite ser utilizada de conformidad con su naturaleza.
El arrendamiento de la maquinaria se establece por un plazo de OCHO (8) meses, que comienza a contar desde el día de la firma de este contrato.

SEGUNDA.- Precio y pago del alquiler
El precio del alquiler se fija por un valor de $ 40.000.000, que cancelara el arrendatario en los 5 primeros días del mes siguiente.
La falta de pago y el retraso en el pago del alquiler se consideran causas expresas de resolución del presente contrato, siendo de cuenta del arrendatario los gastos que ello rigen, incluidos los honorarios de abogado.

TERCERA.- Mantenimiento y reparaciones
Todo el mantenimiento y reparación que necesite el bien durante el periodo de alquiler corren por parte del Arrendador.

CUARTA.-
En prueba de total conformidad, las partes firman el presente contrato, que se extiende por duplicado en el lugar y fecha arriba indicados.

EL ARRENDADOR;

**DIANA DEL VALLE MEJIA**
**C.C. 50.934.397**

EL ARRENDATARIO;

Carmen Sofia Valverde

**CARMEN SOFIA VALVERDE TORRES**
**C.C. 1.071.350.914**
**CONSORCIO PAVIMENTACIÓN LC**

3965

GOOD INSPECTION

ONAC ACREDITADO

ISO/IEC 17020:2012
14 - OIN - 022

# CERTIFICADO

**CONCEDIDO A:** INGCAVAS S.A.S

**CERTIFICADO No:** GOOD-CC-121-24

**TIPO DE EQUIPO:** VEHÍCULOS DE ELEVACIÓN MONTADOS Y DISPOSITIVOS ROTATIVOS AÉREOS (CAMIÓN CANASTA)

**NORMA:** ANSI/SAIA A 92.2 (2021)

**MARCA:** ALTEC

**LUGAR:** MONTERIA

**SERIE:** 1115FH2621

**FECHA DE INSPECCION:** 28 MAYO DE 2024

**MODELO:** AA55

**FECHA DE EMISION:** 29 MAYO DE 2024

**PLACA:** KPN 592

**PROXIMA INSPECCIÓN:** 27 MAYO DE 2025

**CAPACIDAD:** 700 lb @ 56 ft

**ALCANCE:**

Good Inspection SAS, certifica que el equipo descrito en este documento cumplio con los requisitos de inspeccion establecidos en la **NORMA ANSI/SAIA A 92.2 (2021),** en los numerales: 8.2.3 (1), (2), (3), (4), (6), (7), (8) y 8.2.4 (1), (2), (4), (5), (7), (9), dando como APTO al momento de la inspeccion para operar en forma segura, cumpliendo con las recomendaciones del fabricante sin exceder la capacidad nominal del equipo y siendo operado por personal competente.

**CONDICIONES GENERALES:**

Este certificado esta sujeto a los terminos y condiciones generales de los servicios de certificacion.

Good Inspection SAS no se hace responsable por los certificados adulterados que no hayan sido verificados.

**Anexo: Reporte e Inspección.**

GERENTE TECNICO

**FIRMA AUTORIZADA:**

**GERENTE TECNICO**

3186

# CERTIFICADO

GOOD INSPECTION

ONAC ACREDITADO

ISO/IEC 17020:2012
14 - OIN - 022

## DECLARACION DE CONFORMIDAD

ara Good Inspection SAS es indispensable que usted tenga conocimiento de la siguiente información: El objetivo de este informe consiste en revisar e inspeccionar la integridad del equipo, verificando sus partes y componentes de acuerdo al reporte de inspección del **VEHÍCULOS DE ELEVACIÓN MONTADOS Y DISPOSITIVOS ROTATIVOS AÉREOS (CAMIÓN CANASTA).**

El alcance está dirigido a garantizar con esta inspección periódica que la grúa se encuentre en cumplimiento a los requerimientos de **ANSI/SAIA A 92.2 (2021).** Encontrándose en el momento de la inspección en óptimas condiciones, para ser operado dentro de los rangos y criterios establecidos en el manual del fabricante con las restricciones señaladas.

El presente certificado pierde validez bajo las siguientes consideraciones y están sujetos a lo dispuesto en los artículos 2343, 2347 y 2356 del código civil:

1. Manipulación por personal no autorizado, ni certificado,
2. Alteraciones al diseño.
3. Reparaciones del equipo por el personal no autorizado o sin permisos del fabricante.
4. Negligencia de las revisiones o inspecciones frecuentes.
5. Negligencia en los análisis de riegos.
6. Falla en el cálculo del plan de izaje,
7. Deterioro o mal estado de las tablas de carga.
8. Trabajo diferente al recomendado por el fabricante.
9. Trabajo sin los dispositivos operacionales recomendado por el fabricante.
10. Trabajo en terrenos no recomendados por el fabricante.
11. Trabajo del equipo en mal funcionamiento.
12. Por las omisiones de las instrucciones del fabricante o de Good Inspection SAS.
13. Utilizar los componentes calificados como A/D Accesorios deshabilitados después de la Inspección.
14. Utilizar los componentes calificados como N/A No Aplica después de la Inspección.
15. Incumplimiento al reglamento de uso del logo de GOOD INSPECTION SAS Y ONAC

El presente Informe de Inspección no exime al dueño y/o operador al cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con los requisitos de seguridad para operación y manutención de grúas, ni ampara, bajo ninguna circunstancia la responsabilidad derivada del uso del equipo, por lo que los daños causados serán reparados por el dueño y/o operador conforme a lo establecido por el Art. 2341 del Código Civil.

Todo material informático, gráfico, publicitario, fotográfico, de multimedia, audiovisual y/o de diseño, así como todos los contenidos, textos presentados en este informe son de propiedad exclusiva de Good Inspection SAS, o en algunos casos, de terceros que han sido autorizados entre las partes y por la ley. Igualmente, el uso en Good Inspection SAS de algunos contenidos de propiedad de terceros se encuentra expresamente autorizado por la ley.

Todos los contenidos en Good Inspection SAS están protegidos por las normas sobre derechos de autor, marcas y por todas las normas nacionales e internacionales que le sean aplicables. Exceptuando lo expresamente estipulado en estos términos y condiciones, queda prohibido todo acto de copia, reproducción, modificación, creación de trabajos derivados, venta o distribución, exhibición de los contenidos, de ninguna manera o por ningún medio, incluyendo, mas no limitado a, medios electrónicos, mecánicos, de fotocopiado, de grabación o de cualquier otra índole, sin el permiso previo por escrito de Good Inspection SAS. O del titular de los derechos de autor. En ningún caso estos términos y condiciones confieren derechos, licencias y/o autorizaciones para realizar los actos anteriormente descritos. Cualquier uso no autorizado de los contenidos constituirá una violación a los presentes términos y condiciones y a las normas vigentes sobre marcas, derechos de autor y/u otras normas de propiedad intelectual tanto nacionales e internacionales aplicables.

# REPORTE DE INSPECCION ANSI/SAIA A 92.2 (2021)



GOOD INSPECTION
ONAC ACREDITADO
ISO/IEC 17020:2012
14 - OIN - 022

| CLIENTE: | LUGAR Y FECHA: |
|---|---|
| INGCAVAS S.A.S | MONTERIA, 28 MAYO DE 2024 |

**TIPO DE EQUIPO:** VEHICULO DE ELEVACION MONTADOS Y DISPOSITIVOS ROTATIVOS AEREOS-CAMION CANASTA

| MARCA: | SERIE: | MODELO: | PLACA: |
|---|---|---|---|
| ALTEC | 1115FH2621 | AA55 | KPN 592 |

| CAPACIDAD: | RADIO: | RESTRICCIONES: | CERTIFICADO No: |
|---|---|---|---|
| 700 lb | 56 ft | NINGUNA | GOOD-CC-121-24 |

Los siguientes ítems no son calificables en la evaluación de conformidad del equipo, sin embargo, se requieren para el proceso de inspección: Manual del fabricante, Registros de inspección, Certificado de pruebas dieléctricas, certificado revisión tecno mecánica.

**CONVENCIONES** | C: CUMPLE: ✓ | NC: NO CUMPLE: ✓ | NO APLICA: N/A | ACCESORIO DESHABILITADO: A/D

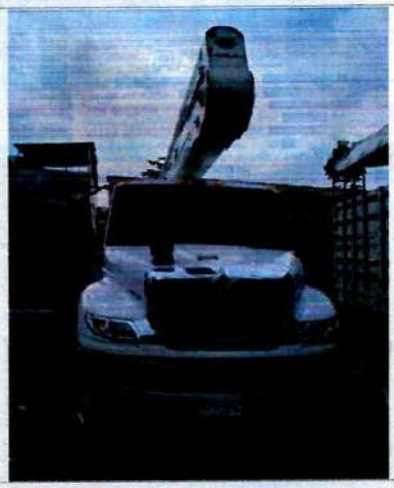
| ITEM | COMPONENTE | NUMERAL | CRITERIO | CALIFICACION C | N/C | N/A | A/D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **DOCUMENTACION** | | | | | |
| 1. | Placa de identificación | 8.2.3. (1) | Daños | ✓ | | | |
| | | | Desgaste excesivo | ✓ | | | |
| | | | Corrosión | ✓ | | | |
| | | **NIVEL** | | | | | |
| 2. | Aceite hidráulico | 8.2.4 (4) | Nivel adecuado | ✓ | | | |
| | | **DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD** | | | | | |
| 3. | Dirección | 8.2.3. (1) | Daños | ✓ | | | |
| | | | Grietas | ✓ | | | |
| | | | Corrosión | ✓ | | | |
| | | | Desgaste excesivo | ✓ | | | |
| | | | Pernos flojos, deformados o que faltan | ✓ | | | |
| | | | Pasadores | ✓ | | | |
| 4. | Frenos | 8.2.3 (3) | Operación apropiada | ✓ | | | |
| | | **SISTEMA ELECTRICO** | | | | | |
| 5. | Luce | 8.2.3 (7) | Funcionamiento | ✓ | | | |
| | | | Deterioro excesivo | ✓ | | | |
| | | | Suciedad | ✓ | | | |
| | | | Humedad | ✓ | | | |
| 6. | Alarma de trabajo/reversa | 8.2.3 (7) | Funcionamiento | ✓ | | | |
| | | | Deterioro excesivo | ✓ | | | |
| | | | Suciedad | ✓ | | | |
| | | | Humedad | ✓ | | | |
| 7. | Baterías | 8.2.3 (7) | Funcionamiento | ✓ | | | |
| | | | Deterioro excesivo | ✓ | | | |
| | | | Suciedad | ✓ | | | |
| | | | Humedad | ✓ | | | |
| | | **MIEMBROS ESTRUCTURALES** | | | | | |
| 8. | Estructura del chasis | 8.2.3 (1), 8.2.4 (1) 8.2.4 (2) | Daños | ✓ | | | |
| | | | Grietas | ✓ | | | |
| | | | Corrosión | ✓ | | | |
| | | | Desgaste excesivo | ✓ | | | |
| | | | Pernos flojos, deformados o que faltan | ✓ | | | |
| 9. | Puntos de Anclajes | 8.2.4 (1) | Deformación | ✓ | | | |
| | | | Grietas | ✓ | | | |
| | | | Corrosión | ✓ | | | |
| 10. | estabilizadores | 8.2.3 (1), 8.2.4 (1) | Daños | ✓ | | | |
| | | | Grietas | ✓ | | | |
| | | | Corrosión | ✓ | | | |
| | | | Desgaste excesivo | ✓ | | | |
| | | | Pernos flojos, deformados o que faltan | ✓ | | | |
| | | | Pasadores | ✓ | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. | Neumáticos | 8.2.3 (1) | Daños | ✓ | | | |
| | | | Grietas | ✓ | | | |
| | | | Corrosión | ✓ | | | |
| | | | Desgaste excesivo | ✓ | | | |
| | | | Pernos flojos, deformados o que faltan | ✓ | | | |
| 12. | Pedestal/bastidor | 8.2.4 (1) | Deformación | ✓ | | | |
| | | | Grietas | ✓ | | | |
| | | | Corrosión | ✓ | | | |
| 13. | Tornamesa | 8.2.4 (1) | Deformación | ✓ | | | |
| | | | Grietas | ✓ | | | |
| | | | Corrosión | ✓ | | | |
| 14. | Pluma | 8.2.3 (1), 8.2.4 (1) | Daños | ✓ | | | |
| | | | Grietas | ✓ | | | |
| | | | Corrosión | ✓ | | | |
| | | | Desgaste excesivo | ✓ | | | |
| | | | Pernos flojos, deformados o que faltan | ✓ | | | |
| | | | Pasadores | ✓ | | | |
| 15. | Canasta | 8.2.3 (1), 8.2.4 (1) | Daños | ✓ | | | |
| | | | Grietas | ✓ | | | |
| | | | Corrosión | ✓ | | | |
| | | | Desgaste excesivo | ✓ | | | |
| | | | Pernos flojos, deformados o que faltan | ✓ | | | |
| | | | Pasadores | ✓ | | | |
| 16. | Fibra de vidrio | 8.2.3 (4), 8.2.4 (1) | Daño Visible | ✓ | | | |
| | | | Contaminación | ✓ | | | |
| | | | Deformación | ✓ | | | |
| | | | Grietas | ✓ | | | |
| | | | Corrosión | ✓ | | | |
| **CONTROLES DE TIERRA** | | | | **C** | **N/C** | **N/A** | **A/D** |
| 17. | Control de elevación y descenso de la pluma | 8.2.3 (2) | Operación adecuada | ✓ | | | |
| | | | Retornan al punto neutral | ✓ | | | |
| | | | Funcionamiento claramente marcados | ✓ | | | |
| 18. | Control de telescópico | 8.2.3 (2) | Operación adecuada | | | ✓ | |
| | | | Retornan al punto neutral | | | ✓ | |
| | | | Funcionamiento claramente marcados | | | ✓ | |
| 19. | Control Selector de operatividad canasta/tierra | 8.2.3 (2) | Operación adecuada | ✓ | | | |
| | | | Retornan al punto neutral | ✓ | | | |
| | | | Funcionamiento claramente marcados | ✓ | | | |
| 20. | Control estabilizadores | 8.2.3 (2) 8.2.3 (8) | Operación adecuada | ✓ | | | |
| | | | Retornan al punto neutral | ✓ | | | |
| | | | Funcionamiento claramente marcados | ✓ | | | |
| 21. | Parada de emergencia | 8.2.3 (2) 8.2.3 (8) (c) | Operación adecuada | ✓ | | | |
| | | | Retornan al punto neutral | ✓ | | | |
| | | | Funcionamiento claramente marcados | ✓ | | | |
| 22. | Giro | 8.2.3 (2) | Operación adecuada | ✓ | | | |
| | | | Retornan al punto neutral | ✓ | | | |
| | | | Funcionamiento claramente marcados | ✓ | | | |
| **CONTROLES DE CANASTA** | | | | **C** | **N/C** | **N/A** | **A/D** |
| 23. | Joystick | 8.2.3 (2) | Operación adecuada | ✓ | | | |
| | | | Retornan al punto neutral | ✓ | | | |
| | | | Funcionamiento claramente marcados | ✓ | | | |
| 24. | Parada de emergencia | 8.2.3 (2) 8.2.3 (8) (c) | Operación adecuada | ✓ | | | |
| | | | Retornan al punto neutral | ✓ | | | |
| | | | Funcionamiento claramente marcados | ✓ | | | |
| 25. | Control rotación canasta | 8.2.3 (2) | Operación adecuada | ✓ | | | |
| | | | Retornan al punto neutral | ✓ | | | |
| | | | Funcionamiento claramente marcados | ✓ | | | |
| 26. | Control de extensión y retracción de telescópico | 8.2.3 (2) | Operación adecuada | | | ✓ | |
| | | | Retornan al punto neutral | | | ✓ | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Funcionamiento claramente marcados | | | ✓ | |
| 27. | Control Pluma | 8.2.3 (2) | Operación adecuada | ✓ | | | |
| | | | Retornan al punto neutral | ✓ | | | |
| | | | Funcionamiento claramente marcados | ✓ | | | |
| 28. | Control de elevación y descenso | 8.2.3 (2) | Operación adecuada | ✓ | | | |
| | | | Retornan al punto neutral | ✓ | | | |
| | | | Funcionamiento claramente marcados | ✓ | | | |
| **SISTEMA HIDRÁULICO-NEUMÁTICO** | | | | **C** | **N/C** | **N/A** | **A/D** |
| 29. | Bombas hidráulicas | 8.2.3 (6) | Deterioro | ✓ | | | |
| | | | Fugas excesivas. | ✓ | | | |
| 30. | Motor de giro | 8.2.3 (6) | Deterioro | ✓ | | | |
| | | | Fugas excesivas. | ✓ | | | |
| 31. | Válvulas hidráulicas y neumáticas | 8.2.4 (7) | Grietas | ✓ | | | |
| | | | Fugas | ✓ | | | |
| 32. | Mangueras, tuberías hidráulicos y neumáticos | 8.2.4 (5) | Fuga | ✓ | | | |
| | | | Deformaciones | ✓ | | | |
| | | | Abrasión excesiva. | ✓ | | | |
| **CILINDROS HIDRAULICOS** | | | | **C** | **N/C** | **N/A** | **A/D** |
| 33. | Cilindros estabilizadores | 8.2.4 (9) | Funcionamiento | ✓ | | | |
| | | | Daño Visible | ✓ | | | |
| 34. | Cilindros de levante | 8.2.4 (9) | Funcionamiento | ✓ | | | |
| | | | Daño Visible | ✓ | | | |
| 35. | Cilindros Canasta | 8.2.4 (9) | Funcionamiento | ✓ | | | |
| | | | Daño Visible | ✓ | | | |
| **DISPOSITIVOS OPERACIONALES DE SEGURIDAD** | | | | **C** | **N/C** | **N/A** | **A/D** |
| 36. | Motor auxiliar | 8.2.3 (3) | Operación apropiada | ✓ | | | |
| 37. | Indicador de nivel | 8.2.3 (3) | Operación apropiada | ✓ | | | |

## REGISTRO FOTOGRÁFICO

VISTA GENERAL DEL EQUIPO



PLAQUETA DE IDENTIFICACION




TANQUE DE ACEITE HIDRAULICO



SISTEMA DE DIRECCION Y FRENOS



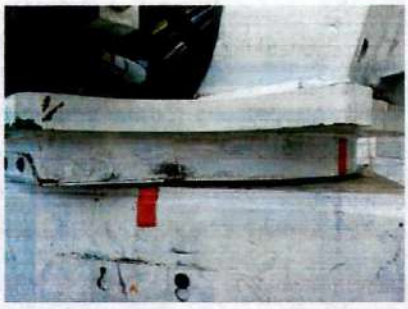
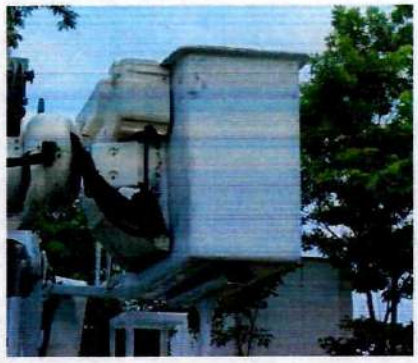
LUCES




BATERIAS



## REGISTRO FOTOGRÁFICO

| ESTRUCTURA DEL CHASIS | ESTRUCTURA DEL ESTABILIZADOR |
|---|---|
|  |  |
| **NEUMATICOS** | **PEDESTAL / BASTIDOR** |
|  |  |
| **TORNAMESA** | **CANASTA** |
|  |  |

## REGISTRO FOTOGRÁFICO

| FIBRA DE VIDRIO | CONTROLES DE TIERRA |
|---|---|
|  |  |
| VALVULAS Y MANGUERAS HIDRAULICAS | CILINDRO DE LEVANTE |
|  |  |
| PRUEBA FUNCIONAL | PRUEBA FUNCIONAL |
|  |  |

| NOTA | La decisión final de certificación es tomada por el Gerente Técnico | | | |
|---|---|---|---|---|
| CONVENCIONES CONCEPTO TÈCNICO DE COMPONENTE: | C: CUMPLE: ✓ | NC: NO CUMPLE: ✓ | NO APLICA: N/A | ACCESORIO DESHABILITADO: A/D |

**SELECCIONE CON ✓ EL KIT DE MEDICIÓN UTILIZADO PARA LA INSPECCIÓN**

| EQUIPO | ID | | EQUIPO | ID | | EQUIPO | ID | | EQUIPO | ID | | EQUIPO | ID | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Goniómetro | GOOD-01 | | Goniómetro | GOOD-02 | | Goniómetro | GOOD-03 | | Goniómetro Digital | GOOD-GONDIG-001 | | Goniómetro Digital | GOOD-GONDIG-002 | |
| Flexómetro | GOOD-CINTA-014 | ✓ | Flexómetro | GOOD-CINTA-015 | | Cinta métrica | GOOD-011 | | Cinta métrica | GOOD-012 | | Cinta métrica | GOOD-013 | |
| Dinamómetro | GOOD-DN-002 | | OTRO | | | | | | | | | | | |

**RESULTADO DE LA INSPECCION**

| CUMPLE | ✓ | NO CUMPLE | | No. DE HALLAZGOS | 0 |
|---|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: NINGUNA

| ELABORÓ INSPECTOR: Firma, Nombre, Identificación | APROBÓ GERENTE TECNICO: Firma, Nombre, Identificación |
|---|---|
| Johan Cepeda. CC 1.070.922.958 | William Vargas CC 74.377.261 |

TESTLAB SAS
ENSAYOS ELÉCTRICOS

ONAC
ACREDITADO

ISO/IEC 17025-2017
16-LAB-012

# TESTLAB S[redacted].S.
# INFORME DE ENSAYOS
## *REPORT TESTS*

**Informe numero:** **24052118**
*Report number:*

| | |
|---|---|
| ***Cliente:*** *Customer:* | JOVANNY RUIZ OVIEDO |
| ***Direccion:*** *Address:* | CLL 7 76 AP 1 BRR CENTRO SAN BERNARDO DEL VIENTO |
| ***Informacion de contacto:*** *Contact information:* | jovannyruizoviedo@hotmail.com |
| ***Fecha Recepcion:*** *Date of reception:* | 2024-05-30 |
| ***Fecha Emision:*** *Date of emission:* | 2024-05-31 |

**Trazabilidad de las mediciones** / *Traceability of measurements*

Las mediciones de los equipos usados para los ensayos son trazables al sistema internacional de unidades; Si desea ver los certificados de calibracion de estos, por favor comunicarlo al laboratorio

*The measurements of the equipment used for the tests are traceable to the international system of units; If you want to see the calibration certificates of these, please notify to the laboratory*

**Firmas Autorizadas** / *Authorize signatures*

Luis Bautista / Coordinador laboratorio

*Los resultados de este informe se refieren a los elementos listados en las tablas de resultados de al momento y condiciones en que se realizaron los mismos
*Este informe podra ser reproducido solamente, si es reproducido en su totalidad
*TESTLAB S.A.S. no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse de uso inadecuado de la información contenida en este informe. El usuario es responsable del reensayo de sus elementos a intervalos apropiados.
*La informacion de "cliente", "direccion", "informacion de contacto" e "identificacion del elemento" es informacion suministrada por el cliente

TESTLAB SAS
ENSAYOS ELÉCTRICOS

ONAC
ACREDITADO

ISO/IEC 17025-2017
16-LAB-012

# TESTLAB S.A.S.
# INFORME DE ENSAYOS
## *REPORT TESTS*

**Informe numero: 24052118**

**Informacion del Vehiculo**

**Vehiculo tipo: CANASTA** **Numero de Chasis: 3HAMMMMN0HL281858** **Placa: KPN592** **Tension nominal de linea (kV): 46** **Categoria: B**

**Tabla de Resultados**

| Elemento | Fabricante | Clase o (Tension Nominal (kV)) | Tension electrica aplicada (kV) | Corriente de fuga | Incertidumbre expandida | Corriente de fuga maxima permitida | Corriente de fuga Inicial | Corriente de fuga final | Fecha de ensayo | Codigo de Identificacion | Identificacion del elemento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Liner Aislado | NO REGISTRA | N.A | 99.8 | N.A | N.A | N.A | N.A | N.A | 2024-05-30 | 249407 001 | NO REGISTRA |
| CONFORME: De acuerdo al método de ensayo de la norma ANSI SAIA A 92.2 numeral 5.4.3.5 version 2021. SOPORTA la tension electrica aplicada durante un tiempo de 180 segundos. La distancia entre electrodos alrededor de las superficies interior y exterior del liner durante el ensayo fue de 15.2 cm. La tension electrica alterna fue aplicada a una frecuencia de 60 Hz Lugar de ensayo: PARQUEADERO DE JOVANNY RUIZ MONTERIA | | | | | | | | | | | |
| Dispositivos aereo aislado superior | ALTEC | 46 | 56.3 | 1.0 µA | 0.23 µA | 28.0 µA | N.A | N.A | 2024-05-30 | KPN592 | NO REGISTRA |
| CONFORME: De acuerdo al método de ensayo de la norma ANSI SAIA A 92.2 numeral 5.4.3.1 version 2021. NO SUPERA la corriente de fuga maxima permitida y SOPORTA la tension electrica aplicada durante un tiempo de 180 segundos. La posicion del vehiculo y de los brazos aislados; asi como las conexiones realizadas durante el ensayo se realizaron de acuerdo a lo establecido en la figura 1 de la norma ANSI SAIA A 92.2 - 2021. La tension electrica alterna fue aplicada a una frecuencia de 60 Hz. La regla de decisión de conformidad se basa en el documentó ILAC-G8:09/2019 Numeral 4.2.2 Declaracion binaria con zona de seguridad con un calculo de estimación de incertidumbre de factor de cobertura k=2; y una probabilidad del 95,45%. Lugar de ensayo: PARQUEADERO DE JOVANNY RUIZ MONTERIA | | | | | | | | | | | |
| Sistemas de chasis aislado inferior | ALTEC | N.A | 50.3 | 4.0 µA | 0.23 µA | 100.0 µA | N.A | N.A | 2024-05-30 | KPN592 | NO REGISTRA |
| CONFORME: De acuerdo al método de ensayo de la norma ANSI SAIA A 92.2 numeral 5.4.3.4. version 2021. NO SUPERA la corriente de fuga maxima permitida y SOPORTA la tension electrica aplicada durante un tiempo de 180 segundos. La posicion del vehiculo y de los brazos aislados; asi como las conexiones realizadas durante el ensayo se realizaron de acuerdo a lo establecido en la figura 3 de la norma ANSI SAIA A 92.2 - 2021. La tension electrica alterna fue aplicada a una frecuencia de 60 Hz. La regla de decisión de conformidad se basa en el documentó ILAC-G8:09/2019 Numeral 4.2.2 Declaracion binaria con zona de seguridad con un calculo de estimación de incertidumbre de factor de cobertura k=2; y una probabilidad del 95,45%. Lugar de ensayo: PARQUEADERO DE JOVANNY RUIZ MONTERIA | | | | | | | | | | | |

TESTLAB SAS
ENSAYOS ELÉCTRICOS

3405

TESTLAB SAS
ENSAYOS ELÉCTRICOS

ONAC
ACREDITADO

ISO/IEC 17025-2017
16-LAB-012

# TESTLAB S[redacted].S.
# INFORME DE ENSAYOS
## *REPORT TESTS*

Informe numero: 24052118

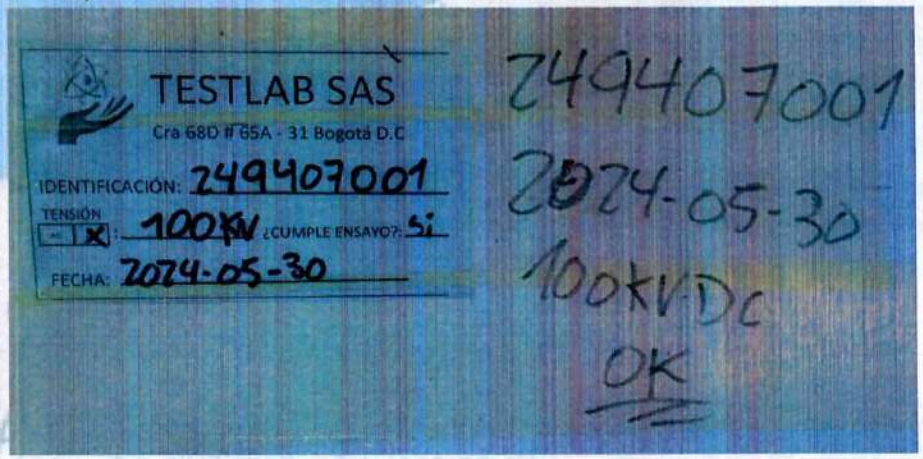
**Registro Fotografico**






Vehiculo tipo: CANASTA Placa: KPN592






Vaso ailado (liner): 249407 001

**Fin del informe**

3996

# SOAT

PREVISORA SEGUROS

3717

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO \| MES \| DÍA | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO \| MES \| DÍA | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO \| MES \| DÍA |
|---|---|---|
| 2025-05-03 | 2025-05-04 | 2026-05-03 |

| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1508006217648000 | KPN592 | CARGA O MIXTO | PUBLICO | 6700 | 2017 |

| PASAJEROS | MARCA | LÍNEA VEHÍCULO | CARROCERÍA |
|---|---|---|---|
| 3 | INTERNATIONAL | 4300 SBA 4X2 | GRUA DE SOSTENIMIENTO DE REDES |

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON. |
|---|---|---|---|
| 73900039 | 3HAMMMMN0HL281858 | 3HAMMMMN0HL281858 | 3.85 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| DELVALLE MEJIA, DIANA MILENA | 3014111449 | CC | 50934397 | MEDELLIN |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| T1324 | 15 | 13551 | 0 | GOMEZ PLATA |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 310 | $ 580700 | $ 301900 | $ 2100 |

TOTAL A PAGAR

$ 884700

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13 [1] / 701,68 [2] | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) |
| B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 8,77 | |
| C. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |

**[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.**

**[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).**

RECUERDE QUE:

•Es obligatorio portar la póliza de SOAT sin importar el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A.
•La autoridad de transito podrá requerir la póliza en cualquier momento, usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en papel de seguridad; impresión física en papel común tamaño carta con código QR; en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar del correo electrónico y/o el mensaje de texto con el link de consulta, enviado por La Previsora S.A.
•En caso de tener inquietudes sobre el proceso, marque desde su teléfono móvil al #345, para recibir la asesoría necesaria.

**Se debe imprimir la póliza, que se envía a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil, esto con el fin de evitar inconvenientes con la autoridad de tránsito.**

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Clausula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A., modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487555, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de internet www.previsora.gov.co

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10031601O3

| PLACA | MARCA | LINEA | MODE |
|---|---|---|---|
| KPN592 | INTERNATIONAL | 4300 SBA 4X2 | 201 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 6.700 | BLANCO | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD |
|---|---|---|---|
| CAMION | GRUA DE | DIESEL | 3850 |

| NUMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| 73900039 | N | 3HAMMMMN0HL281858 |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS |
|---|---|---|
| 3HAMMMMN0HL281858 | N | 3HAMMMMN0HL281858 |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| DEL VALLE MEJIA DIANA MILENA | C.C. 50934387 |

Powered by CamS

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
260

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
482024000194429

VE
I

FECHA IMPORT.
12/04/2024

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
18/04/2024

FECHA EXP. LIC. TTO.
18/04/2024

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA DE TTO Y TTE DE EL PASO-CESAR



LT03006368462

Powered by CamS

3800

# CitiAgro S.A.S

Equipos para el Agro y la Construcción

Husqvar

Nit: 900807516-8
Dirección: calle 44 4 32
TEL: 3106603315

I.V.A REGIMEN COMUN
Ciudad: Monteria
E-mail: ecabarcas@citiagro.co

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica**

**CUFE:**
409f4ed3cb404093984331abc3b243bce9e3ca339869162f6d3cbfb3954922c931f
2329fb06b3efc1aecc812dcae91d4

| Factura Electrónica de Venta N°: FEE4821 | |
|---|---|
| **SEÑOR(ES):** CONSORCIO PAVIMENTACION LC | Fecha Emisión: 2025-04-23 |
| **NIT:** 901937393 **TELEFONO:** 6047838295 | Fecha Vencimiento: 2025-05-23 |
| **DIRECCION:** CL 59 #12-45 | |
| **CIUDAD:** MONTERIA **VENDEDOR:** ELVIN VERGARA | Forma de Pago: 30 Días |

| CANT. | PRODUCTO | REFERENCIA | SERIAL # | Vr. Antes I.V.A | I.V.A. | Vr. TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.00 | CORTADORA DE CONCRETO ECOMAX MOT. ME390 | CCGEC0390 | 2201630887 | 5,714,285.71 | 1,085,714 | 5,714,285.71 |
| 1.00 | PLACA COMPACT. MAQUIT. 9 HP MOT. KOHLER | P100NG10M5 | 11129 | 3,739,495.80 | 710,504 | 3,739,495.80 |

| Observaciones | | |
|---|---|---|
| CONTADO, GARANTIA 12 MESES. | **Subtotal** | **9,453,781.51** |
| | **Iva** | **1,796,218.48** |
| | **Rete Fuente** | **236,344.54** |
| | **Total a Pagar** | **11,013,655.45** |

**SON:** ONCE MILLONES TRECE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS LEGALES A LA LETRA DE CAMBIO (Código de Comercio Articulo 774)

Por medio de la presente factura de venta, EL COMPRADOR y aceptante declara haber recibido real y materialmente las mercancias descritas en este titulo valor y se obliga a pagar el precio en la forma pactada, pago que se efectuará en el domicilio de Citiagro S.A.S. en moneda Colombiana de curso legal. En caso de mora en el pago de una o más cuotas, se entenderá terminado el plazo y se hará exigible el total de la obligacion pendiente. El Comprador pagará además sobre los saldos insolutos intereses moratorios a la tasa más alta permitida en Colombia de acuerdo con la legislación vigente.

Firma y Sello Del Comprador Aceptante

Firma y Sello del Vendedor

Resolución DIAN: 18764059486171 DE 07-11-2023Rangos del FEE 4809 HASTA FEE 7000