

Santiago de Cali, Diciembre de 2025

Doctor

GUILLERMO LONDOÑO RICAURTE

Secretario de Convivencia y Seguridad Ciudadana

Cordial Saludo,

Me permito presentar a su consideración mi Hoja de Vida con sus respectivos soportes con el fin de prestar mis servicios a la Secretaria de Convivencia y Seguridad Ciudadana a través de la suscripción de un contrato de prestación de servicios como: Ingeniero Industrial.

Por lo tanto, desde ahora manifiesto que cumpliré con el objeto contractual pertinente, así como con todas y cada una de las actividades y obligaciones que se deriven del mismo.

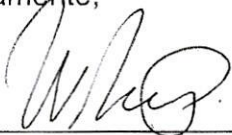
Para tal efecto mi Hoja de Vida se encuentra soportada con los documentos de identificación y constancias que acreditan mi idoneidad y experiencia, con el propósito de ejecutar las actividades a contratar de acuerdo a mi perfil.

Las actividades que se establezcan en el posible contrato, conforme a mi perfil Profesional y experiencia, las cuales puedo cumplir a partir del momento que se me solicite.

Igualmente, manifiesto no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades y conflicto de interés para contratar con el Estado.

Lo anterior para su consideración y aprobación.

Atentamente,



Wilson Parra Aragón

C.C. N° 94413904

Dirección: Calle 28 # 86 -80 apto 348 torre 12

Teléfono: 3152193624

Ciudad: Cali

Correo electrónico: wilsonpargon@hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **94.413.904**

PARRA ARAGON

APELLIDOS
WILSON

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAR-1974**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.82

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

30-OCT-1992 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3112100-00042581-M-0094413904-20080808

0001920825A 1

3060012149

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

94413904

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A LINEA	04	2A LINEA	14	3A LINEA	24
31-DIC		31-DIC		31-DIC	

APELLIDOS Y NOMBRES
PARRA ARAGON
WILSON
BACHILLER

PROFESION:



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:

- Tomar posesión de los empleos públicos o privados
- Ingresar a la carrera administrativa
- Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
- Registrar título como profesional y ejercer la profesión
- Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
- Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

M. Fonseca
TE. MADELEINE TOVAR FONSECA **27 OCT 93**

CDTE. DM. No. 55 FECHA EXP.



La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio César Conto

autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 0170 del 22 de Febrero de 1981

Confiere a

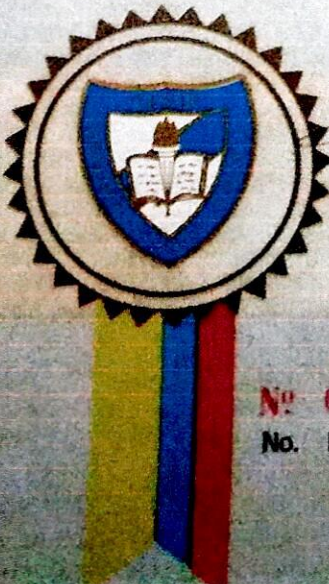
Wilson Parra Aragón

Identificado con C.C. No. 94.413.904 de Cali

el Título de

Bachiller Comercial

por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.



Rector

Secretario

Dado en Cali

a 25 de Julio

de 1983

Anotado al Folio 165-002 Libro de Registro No. 100

Secretario de Educación

Nº 016710

No. 116438

en Santiago de Cali, a 26 de Enero

de 1983



La República de Colombia

Departamento del Valle del Cauca

por autorización del Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

La Academia de Dibujo Profesional

Personería Jurídica ICES No. 18638 de noviembre 14 de 1984

Teniendo en cuenta que

Wilson Parra Aragón

CC. 94.413.904 de Cali

Curso y aprobó satisfactoriamente sus estudios profesionales y cumplió con todos los requisitos legales y académicos,
se confiere título de

Técnico Profesional en

DIBUJO ARQUITECTONICO Y DECORACION

Santiago de Cali, ABRIL 19 de 1997

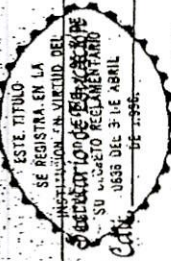
El Rector

La Secretaria

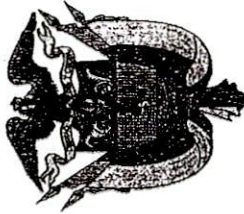


REGISTRADO AL FOLIO 032
DEL LIBRO DE REGISTRO No. 00223
Gobernación del Departamento del Valle del Cauca

Anotado al folio 032 del Libro de Registro No. 00223



REGISTRADO AL FOLIO 032
DEL LIBRO DE REGISTRO No. 00223



El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

El Centro Colombiano de Estudios Profesionales

Registro Artes 370626700427600111200

Teniendo en cuenta que:

Wilson Parra Aragón

C.C. No. 94.413.904 de Cali

Cursó y aprobó los estudios reglamentarios y cumplió con los requisitos legales,

le confiere el título de

Tecnólogo en Ingeniería Industrial

En fé de lo expuesto, se firma el presente Diploma y se rubrica con los sellos de la Institución en Santiago de Cali a 23 de Abril de 2005

Henry Acosta

Rector



Anotado al folio 228 del Libro de Registro No. 9
Decreto 2150 del 6 de Diciembre de 1995

Santiago de Cali, Abril 22 de 2005

Secretario General

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución No. 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 201 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

WILSON PARRA ARAGÓN

con cédula de ciudadanía No. 94.413.904 de Cali

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos

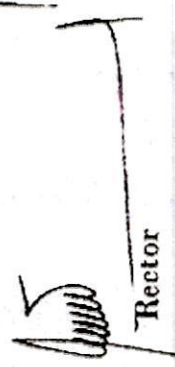
por la Universidad, le confiere el título de

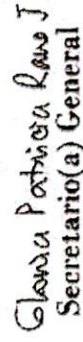
INGENIERO INDUSTRIAL

En testimonio de ello le expide el presente diploma

y se firma en Cali el día 10 de Mayo de 2013


Director(a) Sede


Rector


Secretario(a) General



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



**CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA**

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que WILSON PARRA ARAGON, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía 94413904, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA INDUSTRIAL con MATRICULA PROFESIONAL 76228-269412 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 veinticuatro (24) días del mes de Noviembre del año dos mil veinticinco (2025).

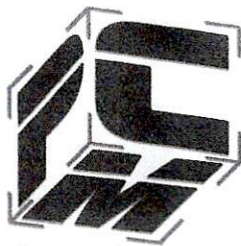
Rubén Dario Ochoa Arbeláez

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.



**PROYECTOS,
CONSTRUCCIONES
Y MONTAJES DE
INGENIERIA. S.A.S.**



NIT. No. 901.359.496-1

CERTIFICA:

Que **WILSON PARRA ARAGON**, identificado con cédula de ciudadanía número **94,413,904** laboró en la Empresa con contrato a término fijo desde 04 de febrero de 2020, hasta el 15 de enero de 2024,

El cargo que ocupo, Ingeniero de Proyectos,

La anterior se expide en cali a los (15) dias del mes de enero de 2024

Cordialmente


ING. LUIS FELIPE GARCIA
PCMI INGENIERÍA S.A.S
Gerente Técnico

LA OFICINA DE GESTION HUMANA DE METALPLAST LTDA CERTIFICA

Que el Señor **WILSON PARRA ARAGON** identificado con la cédula de ciudadanía No. **94.413.904** de Cali - Valle, laboró para nuestra compañía bajo la modalidad de **CONTRATO A TERMINO INDEFINIDO**, desempeñando el cargo de **JEFE DE PRODUCCIÓN**, desde el 6 de septiembre de 2016 hasta el 31 de enero de 2018, devengando sobre una base salarial de \$ 2.120.000= (Dos millones ciento veinte mil pesos mcte.).

Para constancia de lo anterior se expide la presente certificación a los nueve (9) días del mes de marzo de 2018.

Cordialmente,



Paola Andrea Otero
Coordinadora administrativa
METALPLAST LTDA.
NIT. 890.326.036-4

RECURSOS HUMANOS
Planta Cali - Yumbo

CERTIFICA

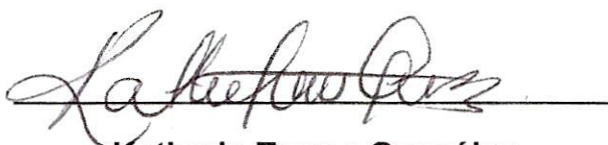
Que **WILSON PARRA ARAGON**, identificado con cédula de ciudadanía número **94.413.904**, trabajó en la Empresa con contrato a término fijo, desde el 18 Octubre de 2014, hasta el 16 de Septiembre de 2015.

Ultimo cargo desempeñado: INGENIERO MANTENIMIENTO

Ultimo salario básico mensual: \$ 3.490.659

Ciudad de trabajo: Cali

La anterior se expide en Cali a los dieciséis (16) días del mes de Septiembre de dos mil quince (2015).



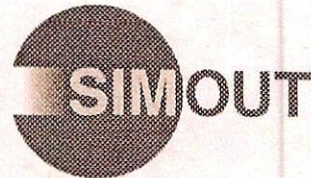
Katherin Torres González
Analista Recursos Humanos

Copia a: Hoja de Vida



DIACO S.A. NIT. 891.800.111-5

Bogotá, D.C.: Cll 87 N° 19 A-27 Edificio Parque del Country PBX: (1) 600 39 00 FAX: (1) 601 75 87
Tocancipa: PBX: (1) 8786655 - Muña: PBX: 7198866 - Cota: PBX: (1) 6286320 - Tuta: PBX: (8) 7426501/5362 - Duitama: PBX: (8) 7638260 - Yumbo: PBX: (2) 6514747 - Pereira: Telefax: (6) 3226274 - Bucaramanga: Telefax: (7) 6761025
Medellin: PBX: (4) 3010122 - Cartagena: Telefax: (5) 6685799
www.gerdau.com.co



CL-3028-2014

A QUIEN PUEDA INTERESAR

CERTIFICADO LABORAL

Certifico que el Sr. **WILSON PARRA ARAGON** identificado con cédula de ciudadanía No. 94413904, laboró en nuestra empresa desde el día 09 de Enero de 2014 al 10 de Octubre de 2014 desempeñando el cargo de SUPERVISOR con un contrato Término fijo inferior a un año.

Para constancia se firma en Santiago de Cali, a los Diez (10) días del mes de Octubre de dos mil catorce (2014).

Cordialmente,

LUZ HELENA SANCHEZ C.
Coordinadora De Contratación y Compensación



**EL DEPARTAMENTO DE GESTION HUMANA DE
SIDERURGICA DEL PACIFICO S.A. – SIDELPA**

CERTIFICA:

Que el señor **WILSON PARRA ARAGON**, identificado con cédula de ciudadanía No. **94.413.904**, laboró en la empresa desde el **01 de Marzo de 2.006** hasta el **25 de Junio de 2.009**, con un salario mensual de **Dos millones ciento cincuenta y nueve mil seiscientos veintinueve pesos m/cte. (\$2.159.629)**, Retiro Por mutuo Acuerdo.

El último cargo que ocupó fue el de **ANALISTA TÉCNICO DE PLANTA 2-PLANIFICACION – METTO MECANICO ACERIA.**

Se expide la presente certificación a los tres (03) días del mes de Julio de dos mil nueve (2.009).



Para confirmación favor llamar al 6514747 Ext. 502 Cali (Valle).

MARTHA ISABEL REINOSO Z.

Jefe de Gestión Humana

Copia - H.V.

Elabora: Diana Cifuentes

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 141222208898	
				 (415)7707212489984(8020) 000014122220889 8	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 4 4 1 3 9 0 4		6. DV 8		12. Dirección seccional Impuestos de Cali	
				14. Buzón electrónico 5	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de identificación 9 4 4 1 3 9 0 4	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Valle del Cauca		30. Ciudad/Municipio Cali	
31. Primer apellido PARRA		32. Segundo apellido ARAGON		33. Primer nombre WILSON	
34. Otros nombres					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Valle del Cauca		40. Ciudad/Municipio Cali	
41. Dirección principal CL 28 86 80 AP 348 TO 12					
42. Correo electrónico wilsonpargon@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 6 0 2 3 0 8 6 4 4 9		45. Teléfono 2 3 1 5 2 1 9 3 6 2 4	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 7 1 1 2		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 5 0 2 0 3		48. Código 7 4 1 0	
		49. Fecha inicio actividad 2 0 1 4 0 2 0 3		50. Código 1 2	
				51. Código	
				52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 2 4 9					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre PARRA ARAGON WILSON					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:02:15 PM horas del 24/11/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **94413904**

Apellidos y Nombres: **PARRA ARAGON WILSON**

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.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-ate@policia.gov.co

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 284865840



PIB
14:09:24
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 24 de noviembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) WILSON PARRA ARAGON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 94413904:

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 William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

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.

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 lunes 24 de noviembre de 2025, a las 14:12:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	94413904
Código de Verificación	94413904251124141218

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



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, 24/11/2025 02:18:18 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **94413904** y Nombre: **WILSON PARRA ARAGON.**

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. **127277134** . 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 Búsqueda

 Imprimir

515 9000



**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

 **GOV.CO**

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:43:35 horas del 24/11/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **94413904**,
Apellidos y Nombres **PARRA ARAGON WILSON**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Gobernación del Valle del cauca**, con NIT **890399029-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



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 Parra	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Aragon	NOMBRES Wilson	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 94413904	GENERO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>	NÚMERO 94413904	D.M. 1Z	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 09 MES 03 AÑO 1974 PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO CALI		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS DEPTO MUNICIPIO TELÉFONO EMAIL wilsonpargon@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		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	1993

EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		INGENIERIA INDUSTRIAL	12	2012	76228-269412
PREGRADO	7	X		TECNOLOGIA INDUSTRIAL	12	2004	
PREGRADO	7	X		TECNICA PROFESIONAL EN DIBUJO ARQUITECTONICO Y DECORACION	12	1996	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD PROYECTOS CONSTRUCCIONES Y MONTAJES DE INGENIERIA S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO							
			Día	04	Mes	02	Año	2020	Día	15	Mes	01	Año	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO DE PROYECTOS			DEPENDENCIA INGENIERIA Y DISEÑO					DIRECCIÓN CARRERA 11 41-92							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD METALPLAST				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO							
			Día	06	Mes	09	Año	2016	Día	31	Mes	01	Año	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR DE PRODUCCION			DEPENDENCIA PRODUCCION					DIRECCIÓN CALLE 32B 17-37							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIACO - GERDAU				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO YUMBO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	18	Mes	10	Año	2014	Día	16	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO DE MANTENIMIENTO			DEPENDENCIA "MANTENIMIENTO"					DIRECCIÓN CARRERA 37 12A63			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SIMOUT S.A				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA			
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO YUMBO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	09	Mes	01	Año	2014	Día	10	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUPERVISOR PLANTA			DEPENDENCIA PRODUCCION					DIRECCIÓN CARRERA 37 12A63			

6

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

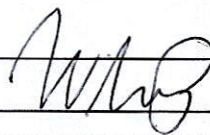
8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☐ 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



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	01-12-2025

I. Datos del trámite			
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres Barra Aragon Wilson			
9. Tipo de Documento de Identidad CC	10. N° de Documento de Identidad 94.413.904	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>
13. Nacionalidad Colombiano	14. Lugar de nacimiento Pais: Colombia Departamento: Valle Municipio: Cali	15. Fecha de nacimiento 09.03.1974	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad	18. Discapacidad Categoría de la discapacidad:	19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. Clasificación SISBEN Nivel: Grupo:	21. Grupo de Población Especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura		23. Administradora de pensión Colpensiones	24. Ingreso Base de Cotización-IBC \$1.423.500	25. Tarifa contribución solidaria		

26. Residencia Calle 28+86-801 Valle Cali	27. Teléfono fijo 3152193624	28. Correo electrónico wilsonaragon@hotmail.com
---	---------------------------------	--

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

29. Tipo de Documento de Identidad		30. N° de Documento de Identidad	31. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	32. Sexo identificación T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál <input type="checkbox"/>
33. Nacionalidad	34. Lugar de nacimiento Pais: Departamento: Municipio:		35. Fecha de nacimiento	

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

36. Tipo de Documento		37. N° documento de Identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál	41. Lugar de nacimiento Pais Departamento Municipio	42. Fecha de Nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos Complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN Si No	48. Clasificación SISBEN Nivel Grupo	49. Discapacidad Si No	50. Incapacidad permanente Si No
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de Residencia		Zona		Teléfono fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Departamento	Municipio / Distrito	Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Dirección		Localidad / Comuna		Correo electrónico	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS Viva 1ª IPS Cra 80		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) 94610	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o Razón Social Independiente	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)
59. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/ Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país		<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de pensionado. <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria
--	--	---

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos Básicos de Identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad 01-12-2025	67. Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/>	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
64. Fecha de Nacimiento			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
<input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción <input checked="" type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios <input checked="" type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 73. 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 <input checked="" type="checkbox"/> 74. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. <input checked="" type="checkbox"/> 75. 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. <input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input checked="" type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input checked="" type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente	

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria	
Apellidos y nombres	Segundo Apellido
Tipo de Documento de Identidad:	Número del documento de Identidad:

IX. FIRMAS	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS	
<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de Identidad: cantidad de documento de identidad anexos <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT	
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 85. 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. <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 88. 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. <input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 91. 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.	
Total Anexos <input type="checkbox"/>	

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
94. Apellidos y nombres	
Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad	Número de Documento de Identidad
96. Fecha de radicación	95. Firma del funcionario
97. Fecha de validación	

OBSERVACIONES:



ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS

Código FT-GEC-AF-010

Versión: 1

Fecha de actualización:

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S.S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	01122025	Código Asesor	2118	Sucursa	001	Ciudad/Municipio	Calí
------------------------------	----------	---------------	------	---------	-----	------------------	------

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI ☐ NO ☒

Correo Electrónico: _____

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o electrónico.

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recopilados a través de este formulario serán utilizados en cumplimiento a la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en consecuencia, la utilización de estos datos se limita exclusivamente a la prestación del servicio de salud y a las actividades derivadas de este servicio. Esto incluye el envío de comunicaciones por cualquier medio físico, comunicación convencional, otros medios de mensajería instantánea, bots y la incorporación de tecnologías emergentes que permitan mejorar la comunicación para la protección de sus derechos del afiliado y su grupo familiar. Adicionalmente, los datos personales se utilizarán para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, tales como la entrega de información a organismos y entidades de control, el acceso a datos de otros actores del SGSSS para la prestación de servicios de salud, el cumplimiento de deberes normativos vigentes y la actualización de datos relacionados con los servicios proporcionados por los proveedores de salud. También se utilizarán para llevar a cabo actividades de promoción y prevención, vacunación y otras acciones derivadas de nuestras responsabilidades en el Sistema de Salud, conforme a la normativa aplicable. Para lo anterior, la organización podrá emplear tecnologías emergentes para optimizar el procesamiento y análisis de los datos, sin que esto implique la generación de decisiones automatizadas.

Al marcar la casilla de aceptación, usted autoriza el uso de sus datos personales para: Realizar comunicaciones con fines comerciales, de mercadeo, ventas y mejora de la experiencia del usuario, a través de diversos medios físicos, virtuales y/o telefónicos, como correo electrónico, mensajes de texto (SMS/MMS), mensajes de voz, WhatsApp, redes sociales y otros canales que resulten útiles para promocionar productos o servicios de la EPS, así como los de sus aliados comerciales o estratégicos; Transmitir datos a nivel nacional o internacional a terceros, de acuerdo con la normatividad vigente y para las finalidades previamente autorizadas; Llevar a cabo investigaciones de mercado, analizar el perfil comercial o transaccional de los titulares de los datos, realizar telemarketing, elaborar encuestas de satisfacción y llevar a cabo entrevistas de opinión; Compartir información personal no sensible con aliados comerciales o estratégicos mediante transferencias, para que estos puedan utilizarla para las mismas finalidades autorizadas en esta Política; Realizar estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias de mercado y cualquier otro estudio relacionado con el sector o la prestación de servicios; Crear bases de datos de acuerdo con las características y perfiles de las personas, conforme a lo establecido en la ley; Utilizar los datos para mejorar la implementación de procesos y la prestación de servicios o productos adquiridos u ofrecidos; Realizar procesos de análisis de datos y big data con el fin de optimizar la prestación de servicios y alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.

Si usted decide no marcar la casilla de aceptación, sus datos serán actualizados y utilizados únicamente para garantizar la prestación del servicio de salud y las actividades derivadas de este, incluida la operación del Programa de Equipos Básicos de Salud de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 del 2015 y el Decreto 780 del 2016, con el fin de no afectar o impedir el ejercicio de su derecho a la salud. Para conocer nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales y cómo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización y supresión, visite www.sos.com.co.

SI ☒ NO ☐

Firma del Cotizante:

C.C. N°

W. Ivan Parra
94.413.904

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____
identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante
C.C N°:

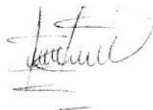
Firma del Compañero(a)
C.C N°:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILSON PARRA ARAGON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **94413904**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2018** 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 24 de noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

FECHA DE EXAMEN 09/01/2025 08.55.59
TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	IPS HUMAN FINE	Nit	900166682-0
Dirección	Carrera 43a No. 5b - 17 Barrio Tequendama	e-mail	Comercial@humanfine.com
Teléfonos	513 12 13 - 513 64 68 - 554 84 46 - 314 793 34 87 - 317 401 54 38		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	WILSON				Apellidos	PARRA ARAGON			
Identificación	CC	94413904		Edad	50 Años	Genero	M	Grupo sanguíneo	O +
Procedencia	Lugar de nacimiento		CALI (VALLE)			Fecha de nacimiento		09/03/1974	Estrato 5
Estado civil	Casado (a)		Escolaridad	Profesional		Teléfonos	3152293624		
Departamento	Valle Del Cauca		Municipio	Cali		Dirección	VALLE DEL LILI		
EPS	SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS S. A								
ARL	SURA			Fondo de Pensiones		COLPENSIONES			

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA	NO APLICA	SEDE	NO REFIERE
CARGO	INDEPENDIENTE	SECCION O AREA	NO REFIERE
FECHA DE INGRESO	SIN INFORMACION	JORNADA DE TRABAJO	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo con recomendaciones
----------	--

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES	HABITOS DE VIDA SALUDABLES USO DE EPP QUE EL CARGO REQUIERE PAUSAS ACTIVAS HIGIENE POSTURAL CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA DE SU EPS	
	SALUD OCUPACIONAL	
Uso de EPP correspondientes a los establecidos por la empresa, para el cargo en mención	Higiene postural	Pausas activas
Ejercicio habitual	Hábitos de vidas saludable	Manejo de estrés
Dieta balanceada	Uso de corrección óptica	
INGRESO A SVE		
SVE (Ergonómico)	SVE (Psicolaboral)	SVE (Visual)

Nombres y Apellidos

WILSON PARRA ARAGON


Identificación

CC

94413904

Declaración del trabajador: yo, el abajo firmante declaro haber contestado correctamente todas la preguntas realizadas conforme a la verdad, si se comprobara falsedad u omisión, me someto a las sanciones respectivas, de acuerdo con la ley. Así mismo, Autorizo expresamente a la IPS HUMAN FINE para suministrar información sobre mi estado de salud a las Autoridades del Servicio de Salud del Estado o a las que este autorice. De igual manera, autorizo para que mi EMPRESA tenga acceso a mi Historia Clínica y a todos los datos que en ella se registren, en este sentido autorizo a IPS HUMAN FINE para que una vez efectuados los exámenes se suministre copia al Médico de mi empresa.

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y consecuencias a partir de la asesoría brindada antes de cada procedimiento por parte de los profesionales encargados. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el examen. Fui informado de las medidas que toman para proteger la confidencialidad de mis resultados.


ra. Marcela Valencia
Universidad Libre
Md Laboral y S.O
Rm 05320.08.16

MARCELA VALENCIA CASTRILLON
C.C 29361412 RM: 05320.08.16
Firma y sello del Médico Evaluador


Wilson Parra

WILSON
C.C 94413904
Firma del trabajador Evaluado



Martes, 25 de noviembre de 2025

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **WILSON PARRA ARAGON**, identificado con CC. **94.413.904**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	71694569484	2025/11/25	ACTIVA

***Importante:** esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelaida Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co; o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 94413904 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 24/11/2025 03:37 PM



Código Verificación: 3QDC1VPSXF

Válida hasta: 22/02/2026

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
WILSON		PARRA	ARAGON

Documento de identificación

Tipo Número

Lugar de nacimiento

País Departamento Municipio

Lugar de domicilio

País Departamento Municipio

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

GOBERNACION DE VALLE DEL CAUCA

Lugar de sede

País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$0,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CALI	\$216.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO BANCO	\$52.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☒ No ☐

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CAROLINA		VALENCIA	LOPEZ

Tipo documento Número

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

--

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí

No

X

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

Sí

No

X

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior:

Sí

No

X

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:

Sí

No

X

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor WILSON PARRA ARAGON identificado con Cédula de Ciudadanía No. 94413904, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: WILSON
Segundo Nombre:
Primer Apellido: PARRA
Segundo Apellido: ARAGON
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía
Número Documento: 94413904
Clase Libreta Militar: Segunda Clase

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

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 24 días del mes de Noviembre de 2025, a las 1:51:36 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Generó: Sistema Fénix

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional



PATRIA HONOR LEALTAD

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Cra. 11 B No. 104^a-64 (601) 4261420 Bogotá D.C.- Colombia

