No. GS-2026 - 002609 / ESJIM-PLANE – 20.1

Sibaté, 26 FEB 2026

Coronel
FRANKLIN HERNÁNDEZ ARGUELLES
Director Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo
"Gonzalo Jiménez de Quesada"
Kilómetro 20 vía Sibaté

ASUNTO: informe de supervisión del contrato de arrendamiento No. **53-1-30015-25**

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO X O FINAL ___

Periodo del informe de supervisión

Desde	**28/12/2025**	**Hasta**	**27/01/2026**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial No. GS-2025-003875-ESJIM del 28/04/2025, el señor coronel JIMY BARBERI FORERO, obrando en calidad de director de la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada", nombró como supervisor del contrato en asunto al señor mayor PABLO EMILIO RAMÍREZ SALAS.

- Mediante comunicación oficial No. GS-2025-011351-ESJIM del 11/11/2025, el señor coronel FRANKLIN HERNÁNDEZ ARGUELLES, obrando en calidad de director de la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada", nombró como supervisor del contrato en asunto al señor subcomisario HÉCTOR CARDONA CEBALLOS.

- Mediante comunicación oficial No. GS-2025-012083-ESJIM del 28/11/2025, el señor subcomisario HÉCTOR CARDONA CEBALLOS, obrando en calidad de jefe de Planeación encargado y supervisor del contrato de arrendamiento del asunto, solicita que se designe como nuevo supervisor del contrato en mención al señor intendente JELUIN ALEXANDER GUATAQUIRÁ GARCÍA.

- Mediante comunicación oficial No. GS-2025-012220-ESJIM del 03/12/2025, el señor coronel FRANKLIN HERNÁNDEZ ARGUELLES, obrando en calidad de director de la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo

"Gonzalo Jiménez de Quesada", nombró como supervisor del contrato en asunto al señor intendente JELUIN ALEXANDER GUATAQUIRÁ GARCÍA.

- Mediante comunicación oficial No. GS-2026-00291-ESJIM del 19/02/2026, el señor coronel FRANKLIN HERNÁNDEZ ARGUELLES, obrando en calidad de director de la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada", nombró como supervisor del contrato en asunto al señor subcomisario HÉCTOR CARDONA CEBALLOS.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** mensual

  Informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: ocho

  1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 28/04/2025 y el 27/05/2025, presentado mediante comunicación oficial Nro. GS-2025-005332-ESJIM del día 11/06/2025.
  2. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 28/05/2025 y el 27/06/2025, presentado mediante comunicación oficial Nro. GS-2025-006148-ESJIM del día 04/07/2025.
  3. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 28/06/2025 y el 27/07/2025, presentado mediante comunicación oficial Nro. GS-2025-007264-ESJIM del día 04/08/2025.
  4. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 28/07/2025 y el 27/08/2025, presentado mediante comunicación oficial Nro. GS-2025-008650-ESJIM del día 09/09/2025.
  5. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 28/08/2025 y el 27/09/2025, presentado mediante comunicación oficial Nro. GS-2025-010087-ESJIM del día 10/10/2025.
  6. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 28/09/2025 y el 27/10/2025, presentado mediante comunicación oficial Nro. GS-2025-011509-ESJIM del día 14/11/2025.
  7. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 28/10/2025 y el 27/11/2025, presentado mediante comunicación oficial Nro. GS-2025-012362-ESJIM del día 09/12/2025.
  8. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 28/11/2025 y el 27/12/2025, presentado mediante comunicación oficial Nro. GS-2025-000200-ESJIM del día 08/01/2026.

Información del contrato

Contrato No.	**53-1-30015-25**
Objeto del Contrato	"ARRENDAMIENTO DE UN ESPACIO FISICO DESTINADO PARA PRESTAR EL SERVICIO DE RESTAURANTE, CON UN ÁREA 181.80 M², UBICADO EN EL PRIMER PISO DEL COMEDOR DE ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES Y NIVEL EJECUTIVO "GONZALO JIMÉNEZ DE QUESADA" KM 20 VÍA SIBATÉ, PARA EL PERSONAL DE PLANTA DE LA ESCUELA, AUXILIARES DE POLICIA, PERSONAL DE CURSO DE ASCENSO Y VISITANTES".
Contratista	Nombre: CASA DE BANQUETES Y EVENTOS CALIPSO S A S NIT: 900.657.312-8 Representante Legal: GERLEY BORDA Cédula de ciudadanía: Nro. 11.188.557 de Engativá Ciudad de notificación: Bogotá Dirección: Calle 76d # 110-24 Teléfonos: 3124307362 E-mail: sebastianbg@yahoo.com
Representante legal	GERLEY BORDA Cédula de Ciudadanía No. 11.188.557 de Engativá
Valor inicial del contrato	El valor total del contrato durante la vigencia de 12 meses asciende a la suma de CUARENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS **($ 41.886.720)** M/CTE.

Valor adiciones del contrato	No aplica
Valor total del contrato	CUARENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS **($ 41.886.720)** M/CTE.
Plazo de ejecución inicial	28/04/2025 hasta el 29/04/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	28/04/2025
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato	29/04/2026
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No aplica
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	No aplica
Adiciones	No aplica
Modificatorios	No aplica
Prórrogas	No aplica
Otros	No aplica

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO

1.1 Acciones adelantadas:

- Mediante correo electrónico de fecha 05/01/2026, el señor GERLEY BORDA identificado con cédula de ciudadanía N° 11.188.557 de Bogotá, en calidad de representante legal de CASA DE BANQUETES Y EVENTOS CALYPSO S.A.S., hace entrega del comprobante de pago No. 00737322 de fecha 05/01/2026, por concepto de ***pago del canon de arrendamiento*** por un valor de ***TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS ($3.490.560)***, correspondiente al mes de enero, para el período comprendido entre el 28/12/2025 y el 28/01/2026.

- Mediante comunicación oficial N° GS-2025-001259 / ESJIM-PLANE de fecha 29/01/2026 se informa al señor GERLEY BORDA identificado con cédula de ciudadanía N° 11.188.557 de Bogotá, en calidad de representante legal de CASA DE BANQUETES Y EVENTOS CALYPSO S.A.S., la **liquidación del servicio de energía** del mes de enero del año 2026, por valor total de **CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS ($ 464.830)** M/CTE.

- Mediante comunicación oficial S/N de fecha 04/02/2026, el señor GERLEY BORDA identificado con cédula de ciudadanía N° 11.188.557 de Bogotá, en calidad de representante legal de CASA DE BANQUETES Y EVENTOS CALYPSO S.A.S., hace entrega de la copia de consignación N° 00730426 por valor de **CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS ($ 464.830)** M/CTE, por concepto de **pago del servicio público de energía** *(ENEL COLOMBIA)*, correspondiente al mes de enero del año 2026 a nombre de CALYPSO S.A.S.

- Mediante comunicación oficial S/N de fecha 04/02/2026, el señor GERLEY BORDA identificado con cédula de ciudadanía N° 11.188.557 de Bogotá, en calidad de representante legal de CASA DE BANQUETES Y EVENTOS CALYPSO S.A.S., hace entrega de la copia de pago N° 0017675521 por valor de **UN MILLÓN SETENTA Y UN MIL TREINTA PESOS CON CERO CENTAVOS ($ 1.071.030)** M/CTE, por concepto de **pago del servicio público de gas natural** (VANTI), correspondiente al mes de enero del año 2026.

- El día 10/02/2025, el señor GERLEY BORDA identificado con cédula de ciudadanía N° 11.188.557 de Bogotá, en calidad de representante legal de CASA DE BANQUETES Y EVENTOS CALYPSO S.A.S., hace entrega de las hojas de vida, ARL y salud correspondiente al personal auxiliar que laborará con él, así:

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	CARGO	N° DOCUMENTO
1	CARLOS MANUEL HERRERA GIRALDO	CHEFF	88225629
2	ANGY MILAGROS VALERA ABZUARDE	AUX. DE LÍNEA	PT 7089888
3	LUISA FERNANDA BOTELLO JEREZ	AUX. DE LÍNEA	1000860837
4	VALERY MILENA CAMARGO RAMÍREZ	AUX. DE LÍNEA	1014186411
5	YENIFER ANDREA SUAREZ MAYORGA	AUX. DE LÍNEA	1073698937
6	ANGELA MILENA GARCÍA RAMÍREZ	AUX. DE COCINA	1071062139
7	DIANA PAOLA BELTRAN PUENTES	AUX. DE COCINA	1072188666
8	MARÍA ANGÉLICA AVILÁN CRUZ	AUX. DE COCINA	53925002
9	EDWIN ANDRÉS GIL MORALES	AUX. DE COCINA	79221671
10	PAULA VALENTINA RODRÍGUEZ ROJAS	AUX. DE COCINA	1000226796
11	CARLOS ALBERTO BERNAL GIMENES	AUX. DE COCINA	21144081
12	ANGELICA MILENA GARCIA RAMIREZ	AUX. DE COCINA	1071062139

Nota: Las hojas de vida del personal relacionado a continuación fue entregada con el primer informe de supervisión y se encuentran archivada en la carpeta del proceso.

ÍTEM	NOMBRE COMPLETO	CARGO	N° DOCUMENTO
13	CLAUDIA ROJAS RODRIGUEZ	ADMINITRADORA	52088264
14	CRISTIAN JERLEY BORDA GOMEZ	LAVAPLATOS	1014223100

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
1. Cumplir con el objeto contractual.	SI	Sin observaciones
2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.	SI	Sin observaciones
3. Responder en los plazos que la ESCUELA DE SUBOFICIALES Y NIVEL EJECUTIVO "GONZALO JIMÉNEZ DE QUESADA" establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	SI	Sin observaciones
4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF) de los trabajadores que tenga a su cargo.	SI	Sin observaciones
5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo de Contratos de la ESCUELA DE SUBOFICIALES Y NIVEL EJECUTIVO "GONZALO JIMÉNEZ DE QUESADA" o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única, al igual se deberá publicar en la plataforma SECOP II.	SI	Sin observaciones
6. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o	SI	Sin observaciones

manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.		
7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el ARRENDATARIO deberá Informar de tal evento a la ESCUELA DE SUBOFICIALES Y NIVEL EJECUTIVO "GONZALO JIMÉNEZ DE QUESADA" y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.	SI	Sin observaciones
8. Restituir a la ESCUELA DE SUBOFICIALES Y NIVEL EJECUTIVO "GONZALO JIMÉNEZ DE QUESADA" los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado.	SI	Sin observaciones
9. Asumir la responsabilidad de toda infracción ambiental por inadecuada gestión de insumos o residuos, omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales que hubiese sido necesario tramitar antes del inicio o en el transcurso de la actividad objeto del presente contrato.	SI	Sin observaciones
10. Cumplir con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo y demás normas que lo complementen.	SI	Sin Observaciones
11. Cumplir con los parámetros establecidos en materia ambiental del ANEXO de especificaciones técnicas mínimas.	SI	Sin observaciones
12. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.	SI	Sin observaciones
OTRAS OBLIGACIONES DEL ARRENDATARIO 2.1 El arrendatario se compromete a cumplir con las obligaciones frente al Sistema Social Integral de sus empleados, el incumplimiento de tales obligaciones será causal para la imposición de multas.	SI	Sin observaciones
2.2 El arrendatario se compromete a atender las solicitudes de mejoramiento que realice la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada" por diferentes razones de acuerdo al servicio y a solucionarlos en los términos que para el efecto se señalen cuando sea del caso.	SI	Sin observaciones
2.3. El arrendatario se compromete a cumplir con las normas de seguridad que establezca la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada" para el ingreso del personal contratado por el arrendatario para el funcionamiento del local comercial, así mismo ejercerá control personal que ingresa a laborar al local, lo cual deberá cumplirse con absoluta responsabilidad por parte del personal contratado por el arrendatario y deberá informar acerca de cualquier situación que afecte la Seguridad de la Unidad.	SI	Sin observaciones
2.4. La Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada" dentro de sus funciones puede adelantar actividad de calidad de vida laboral, capacitaciones y/o reuniones que impliquen la utilización de instalaciones del local, razón por la cual se puede requerir de los servicios del arrendatario en cuanto al apoyo logístico y préstamo del espacio físico del local, informando con la debida anticipación.	SI	Sin observaciones
2.5. El arrendatario se compromete a realizar aseo de manera diaria y mantener en completo aseo las instalaciones del local comercial, y mantener en óptimas condiciones de higiene y sanitarias vigentes.	SI	Sin observaciones
2.6. El arrendatario Se hará cargo del manejo de basuras diarias y desperdicios correspondientes, conforme a las disposiciones legales en especial las definidas por el ministerio de salud.	SI	Sin observaciones
2.7. Observar todas las disposiciones sobre seguridad industrial e higiénica sobre los factores que puedan afectar la salud o la vida de los trabajadores y usuarios en general. La Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada", no asume ninguna responsabilidad por los daños y perjuicios que se ocasionen directa o indirectamente en este tipo de trabajo y en consecuencia las indemnizaciones y costos que se originen o produzcan por accidentes de cualquier naturaleza serán a cargo del arrendatario.	SI	Sin observaciones

2.8. En el evento que se requiera de alguna licencia de funcionamiento e higiene a que haya lugar deberán ser tramitadas por cuenta del arrendatario ante las autoridades competentes-mantener en perfecto estado de funcionamiento, los elementos utilizados en sus actividades y demás equipos de prevención y extinción de incendios disponiendo la instrucción y mantenimiento pertinente para todos sus dependientes con énfasis en seguridad industrial.	SI	Sin observaciones
2.9. Adquirir por su propia cuenta y riesgo las materias primas para el correcto funcionamiento del local comercial, y los demás insumas que necesite o requiera para el normal funcionamiento de los sitios dados en arriendo, para dar cumplimiento a su obligación contractual, liberándose de hecho la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada", de cualquier responsabilidad frente a terceros por obligaciones adquiridas por el arrendatario.	SI	Sin observaciones
2.10. El arrendatario deberá dotar al personal utilizando los uniformes correspondientes y los carnetizará de conformidad con las normas previstas, de igual forma los mantendrá afiliados a una EPS y ARL o al sistema de seguridad social	SI	Sin observaciones
2.11. El arrendatario se obliga a cumplir las obligaciones laborales y las establecidas como patrono en el Código Sustantivo del Trabajo, con el personal contratado por su cuenta y riesgo, el cual será a cargo exclusivo del arrendatario incluidos los salarios, prestaciones sociales, afiliación al sistema de seguridad social y demás erogaciones establecidas por la Ley o se establezcan.	SI	Sin observaciones
2.12. El arrendatario deberá desarrollar sus actividades, dentro de la Escuela, solamente dentro de los horarios autorizados y preestablecidos por la misma.	SI	Sin observaciones
2.13. El arrendatario deberá cancelar el canon de arrendamiento por el valor establecido y conforme a la forma de pago establecida, así mismo deberá realizar el pago de servicios públicos.	SI	Sin observaciones
2.14. El arrendatario deberá restituir los inmuebles a la Escuela al terminar este contrato, o sus prorrogas, en el mismo estado en el que lo recibe.	SI	Sin observaciones
2.15. El arrendatario deberá permitir las visitas a los inmuebles que requiera hacer la Escuela por medio del supervisor o sus delegados, en cualquier tiempo, para constatar el estado y conservación de los mismos u otras circunstancias que le sean de interés a la escuela.	SI	Sin observaciones
2.16. El arrendatario deberá tener en cuenta todas las normas sobre salud ocupacional según los términos de la ley 9 de 1979, el decreto ley 1295 de 1994 y las demás normas pertinentes dentro de la legislación nacional, acatando de inmediato cualquier recomendación u observación hecha por los organismos correspondientes.	SI	Sin observaciones
2.17. El arrendatario deberá realizar sus actividades en la forma más cuidadosa posible de manera que se eviten riesgos, no solo a sus propios trabajadores, sino también al personal que circula por toda la Escuela según las normas pertinentes dentro de la legislación nacional.	SI	Sin observaciones
2.18. El arrendatario deberá cumplir con los reglamentos de la Escuela al igual que sus dependientes.	SI	Sin observaciones
2.19. El arrendatario deberá informa cualquier cambio del personal que se requiera, allegando las hojas de vida correspondientes.	SI	Sin observaciones
2.20. El arrendatario deberá exigir al personal que labore el porte del carné de identificación.	SI	Sin observaciones
2.21. El arrendatario en ningún sentido podrá ingresar personas sin autorización expresa del director de la Escuela.	SI	Sin observaciones
2.22. El arrendatario deberá contar con todos los elementos y equipos Indispensables para garantizar la prestación adecuada del servicio.	SI	Sin observaciones
2.23. El arrendatario se compromete a realizar el mantenimiento del espacio, generado por el uso y deterioro, con autorización del arrendador a favor de la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada" sin reconocer suma alguna por ella, además una vez se dé por terminado el tiempo de ejecución, debe entregar el espacio en condiciones adecuadas, para lo cual se deberá dejar constancia de la entrega un paz y salvo por parte del supervisor del contrato y el jefe del almacén de intendencia.	SI	Sin observaciones

2.24. El arrendatario se compromete a entregar los primeros cinco (05) días de cada mes al supervisor del contrato, los comprobantes de pago a salud, pensiones y riesgos profesionales del mes anterior del personal bajo su dependencia, además de los pagos por concepto de parafiscales (aportes a las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA).	SI	Planilla N° 83338781, mes enero; pago aportes salud, pensión y parafiscales.
2.25. El arrendatario deberá fijar lista de precios en lugar visible y que sea estéticamente acorde al lugar.	SI	Sin observaciones
2.26. El arrendatario deberá brindar buen trato al personal en la atención.	SI	Sin observaciones
2.27, El arrendatario se compromete a conservar la integridad interior de los locales, las paredes, techos, así como las puertas, ventanas y cerraduras, etc. Y deberá reponer los cristales quebrados en las ventanas y puertas, así como los equipos o elementos dañados en las mismas condiciones en las cuales le fue entregado. Así mismo, mantener en perfecto estado de higiene y limpieza el local y sus alrededores. Igualmente, si se debe hacer alguna mejora y adiciones a los locales debe solicitar autorización a la Escuela. La Escuela no reconocerá económicamente los costos que generen cualquier mejora, adición, mantenimiento o reparación a los inmuebles que el arrendatario desarrolle durante la duración del contrato y quedará a favor del Instituto.	SI	Sin observaciones
2.28. Indemnidad: Será obligación del arrendatario mantener indemne la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada" contra todo reclamo, demanda, acción legal, y costos que puedan causarse o surgir por daños o lesiones a personas o bienes, ocasionados por El arrendatario o su personal, durante la ejecución del objeto y obligaciones de los contratos. En caso de que se formule reclamo, demanda o acción legal contra la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada" por asuntos, que según los contratos sean de responsabilidad del arrendatario, se le comunicará lo más pronto posible de ello para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo y adelante los trámites para llegar a un arreglo del conflicto.	SI	Sin observaciones
2.29. El arrendatario debe suministrar y mantener por su propia cuenta todo tipo de señales, avisos y equipos o elementos de seguridad industrial para la protección de los trabajadores y usuarios.	SI	Sin observaciones
2.30. El arrendatario realizará la adquisición bajo su propia cuenta y riesgo, materiales, materia prima y todos los bienes o demás insumes que necesite o requiera para dar cumplimiento a su obligación contractual.	SI	Sin observaciones
2.31. El arrendatario venderá y cobrará a los usuarios los servicios ofrecidos las instalaciones en forma directa en efectivo manteniendo los precios establecidos en la oferta económica presentada para el presente contrato.	SI	Sin observaciones
2.30. El arrendatario no descontará por nómina, ni actuará como intermediario para el pago de las deudas que los usuarios contraigan.	SI	Sin observaciones
2.31. El arrendatario fijará de común acuerdo con el ARRENDADOR una hora para atender a los proveedores.	SI	Sin observaciones
2.32. El arrendatario en ningún caso podrá realizar la instalación de máquinas, juegos de azar o suerte o aleatorios y expender sustancias que produzcan dependencia física o psíquica, siendo responsabilidad del cumplimiento por parte del arrendador.	SI	Sin observaciones
2.33. Las personas que el arrendatario contrate como empleados y los artículos que ingresen a las instalaciones deberán someterse a los estudios de seguridad, cateas y requisas efectuadas por la ESJIM.	SI	Sin observaciones
2.34. Todos los insumos químicos utilizados deben ser biodegradables exceptuando el hipoclorito para utilización exclusiva de acuerdo al protocolo de aseo, desinfección, deben ingresar rotulados y permanecer debidamente inventariados.	SI	Sin observaciones
3. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 3.1. Mantener los equipos de emergencia básicos, extintores, botiquín y demás elementos. Así como entrenar al personal en el uso básico de los mismos.	SI	Sin observaciones
3.2 Diseñar ejecutar el sistema de seguridad y salud en el trabajo, dirigido al personal que labora, por parte de un especialista en Prevención de Riesgos Profesionales con	SI	Sin observaciones

licencia en la entidad de Salud correspondiente. Dicho programa debe contener como mínimo las siguientes actividades: Información sobre los riesgos de la labor y su forma de prevención, procedimientos de trabajos seguros, suministro y uso adecuado de EPP. programas de promoción y prevención en salud y Plan de Emergencias acorde al Institucional.		
3.3. Presentar cuando lo solicite la Escuela de Suboficiales "Gonzalo Jiménez de Quesada", los informes, registros, actas y documentos que soporten el desarrollo de las obligaciones del contrato.	SI	Sin observaciones
3.4. El arrendatario debe cumplir y hacer cumplir las normas legales vigentes que aplican a cada uno de los procesos, procedimientos e instrucciones de Salud y Seguridad Ocupacional.	SI	Sin observaciones
3.5. El arrendatario se obliga al cumplimiento de toda la normatividad en salud ocupacional y en materia ambiental, así mismo el cumplimiento de las normas y reglamentos que se expidan con posterioridad a la suscripción del contrato y sean aplicables.	SI	Sin observaciones
4. OTRAS OBLIGACIONES 4.1. El arrendatario se obliga a firmar los inventarios que serán actualizados por la escuela de Suboficiales "Gonzalo Jiménez de Quesada.	SI	Sin observaciones
4.2. El arrendatario deberá Utilizar las áreas del local únicamente para dar cumplimiento al objeto contractual y en los términos indicados en el presente contrato.	SI	Sin observaciones
4.3. El arrendatario deberá dar el uso adecuado a los bienes muebles, equipo, enseres y bienes inmuebles entregados para la ejecución del presente contrato y reponer y/o reparar los elementos, bienes y enseres que dañen o se pierdan de la misma calidad y características de las entregadas, de igual manera deberá responder por todo daño que sufran salvo el deterioro normal.	SI	Sin observaciones
4.4. El arrendatario no podrá ceder ni subarrendar el inmueble o área del presente contrato, ni efectuar mejora alguna sin autorización escrita del arrendador, si lo hace quedará en favor de la Escuela de Suboficiales "Gonzalo Jiménez de Quesada", sin reconocer suma alguna por ella.	SI	Sin observaciones
4.5. Los proveedores deberán cumplir con las normas sanitarias establecidas en el Decreto 3075 de 1997 y demás normas que modifiquen o reglamenten.	SI	Sin observaciones
4.6. El arrendatario deberá suministrarle a la Oficina de Contratos Número de teléfono fijo y celular, dirección y correo electrónico en caso que se requiera para agilizar el servicio prestado y efectuarle las recomendaciones y asegurar el cabal cumplimiento del contrato.	SI	Sin observaciones
4.7. El arrendatario deberá remitir certificado expedido por el Contador Público, Revisor Fiscal o Representante Legal del Pago de Aportes Parafiscales de sus Empleados.	SI	Sin observaciones
4.8. El arrendatario deberá informar al supervisor por escrito la relación de proveedores de la empresa para efectos del control de seguridad.	SI	Sin observaciones
4.9. El arrendatario deberá responder por la calidad de los elementos que ofrece y la buena prestación del servicio a los clientes que lo requieran, así mismo deberá dar las garantías necesarias para subsanar reclamaciones en los productos y elementos y/o servicios que ofrece en el local comercial, amparando a la Escuela de Suboficiales "Gonzalo Jiménez de Quesada de cualquier daño o inconformidad a terceros.	SI	Sin observaciones

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

ITEM	CONDICIONES A CUMPLIR	CUMPLIO	OBSERVACIONES
1	El ARRENDATARIO anexa en su oferta la relación de los menús de los diferentes productos que ofrecerá (portafolio de servicios), con las correspondientes tablas nutricionales por cada uno y precios de los mismos, los cuales deben ser acordes con las condiciones del mercado.	SI	Sin observaciones

2	EL ARRENDATARIO deberá especificar los gramajes para los desayunos almuerzos y cenas a ofertar, relacionando los productos suministrados con sus respectivas cantidades.	SI	Sin observaciones
3	EL ARRENDATARIO deberá suministrar todos los productos como: bebidas frías y calientes de varios tipos, comidas rápidas variadas (entiéndase por comidas rápidas: hamburguesa, perro caliente, salchipapas, entre otros).	SI	Sin observaciones
4	EL ARRENDATARIO deberá garantizar un menú variado para cada una de las comidas, el cual será presentado al supervisor del contrato para su revisión y aprobación. Actividad que se realizará de forma trimestral mediante la presentación del cronograma de menú, dentro de los cinco (5) primeros días calendarios de cada inicio de trimestre.	SI	Sin observaciones
5	EL ARRENDATARIO deberá presentar una propuesta de productos para el servicio de platos a la carta, con sus respectivos precios y gramajes, con el fin de ser verificada por el comité evaluador, así mismo cuando se realice alguna modificación en los precios y menú deberá ser previa coordinación con el supervisor del contrato a alguno de los menú o precios.	SI	Sin observaciones
6	EL ARRENDATARIO deberá realizar publicaciones mediante avisos sobre alternativas de menús compuestos por combos gaseosas y empanadas, hamburguesa, papas a la francesa, entre otros.	SI	Sin observaciones
7	EL ARRENDATARIO deberá ofrecer un menú alterno al menú del día (comidas rápidas, tamal, lasañas, entre otros) para los usuarios con el fin de generar mayor variedad en los productos ofrecidos; sin embargo, estos no deben ser motivo de alteración al precio final de los menús.	SI	Sin observaciones
8	EL ARRENDATARIO deberá implementar un sistema de valeras, para la compra anticipada de desayuno, almuerzo, cena y gestionar una campaña publicitaria de difusión a los usuarios para dar a conocerla, con un descuento al valor normal del desayuno, almuerzo, cena o beneficio para el usuario.	SI	Sin observaciones
9	EL ARRENDATARIO deberá NO vender bebidas alcohólicas, ni derivados del tabaco.	SI	Sin observaciones
10	EL ARRENDATARIO deberá NO expender sustancias que produzcan dependencia física o psíquica.	SI	Sin observaciones
11	El ARRENDATARIO deberá utilizar insumos y productos de primera calidad los cuales deberán cumplir entre otros con las exigencias de los reglamentos sanitarios vigentes, para lo cual la escuela podrá ordenar cada vez que lo estime conveniente la toma de muestras para análisis químicos o bacteriológicos en uso o en stock, las cuales estarán a cargo del arrendatario.	SI	Sin observaciones
12	El ARRENDATARIO deberá propender a que los equipos y elementos utilizados en el desarrollo de las actividades deben estar limpios y desinfectados antes de ser utilizados. Se debe garantizar el buen estado y las condiciones de operación de los elementos para evitar accidentes de trabajo. Los utensilios deberán ser de material de acero inoxidable, no toxico, ni corrosivo, ni en madera o plástico; suministrar y mantener los equipos necesarios como menajes y demás que se requieran para el cumplimento del objeto contractual que se deben manejar mediante inventario.	SI	Sin observaciones
13	EL ARRENDATARIO se compromete a que el personal que labore dentro del restaurante y cafeterías esté debidamente dotado de su vestuario y uniformado y con los accesorios necesarios para una impecable presentación personal (gorros, guantes, tapabocas industriales, etc.), así mismo debe dotar al personal de un sistema de identificación (carnet), manteniendo al alcance del personal esta documentación actualizada (incluye los registros de la vacunación correspondiente de los empleados) y demás que se requiera de acuerdo a las normas de seguridad industrial y salubridad pública.	SI	Sin observaciones
14	EL ARRENDATARIO se compromete a CALIDAD DE LOS ALIMENTOS Todas las materias primas y demás insumos para la fabricación, así como las actividades de elaboración, preparación, procesamiento, envasado y	SI	Sin observaciones

	almacenamiento deben cumplir con la aplicación de buenas prácticas de manufactura — BPM. EL ARRENDATARIO se compromete a realizar el procedimiento de recepción y almacenamiento de los víveres y alimentos de acuerdo a lo establecido por las normas de estándares de alta calidad. Las materias primas e insumos para alimentos cumplirán con los siguientes requisitos: • Recepción de materias primas deben realizarse en condiciones que eviten su contaminación, alteración y daños físicos. • Las materias primas e insumos deben ser inspeccionados previos al uso, clasificados y sometidos a análisis de elaboración cuando así se requieran, para determinar si cumplen con las especificaciones de calidad establecidas. • Las materias primas se someterán a la limpieza con agua potable u otro medio adecuado de ser requerido y a la descontaminación previa a su incorporación en las etapas sucesivas del proceso. • Las materias primas conservadas por congelación que requieren ser descongeladas previo al uso, debe descongelarse a una velocidad controlada para evitar el desarrollo de microorganismos; no podrán ser re congeladas, además, se manipularán de manera que se minimice la contaminación proveniente de otras fuentes. • Las materias primas e insumos que requieran ser almacenadas antes de entrar a las etapas del proceso, deberán almacenarse en sitios adecuados que eviten su contaminación y alteración. (estribos o estantes) • Los depósitos de materias primas y productos terminados ocuparán espacios independientes, salvo en aquellos casos en que a juicio de la autoridad sanitaria competente no se presenten peligros de contaminación para los alimentos. • Las zonas donde se reciban o almacenen materias primas estarán separadas de las que se destinan a elaboración o envasado del producto final. La autoridad sanitaria competente podrá eximir del cumplimiento de este requisito a los establecimientos a los cuales no existe peligro de contaminación para los alimentos.		
15	EL ARRENDATARIO se compromete a devolver el inmueble el equipamiento y utensilios entregados en óptimas condiciones, de acuerdo al inventario entregado por la Escuela (Almacenista de Intendencia y Supervisor del Contrato) y a responder por pérdidas o daños cuando se demuestre su responsabilidad de los bienes inventariados de propiedad de la Policía Nacional, así como por los daños o perjuicios que cauce a terceros. Al momento de la entrega se deberá verificar el INVENTARIO FÍSICO y el estado del mismo por parte del arrendatario, jefe de Almacén de Intendencia, jefe Grupo Logístico y Supervisor del Contrato.	SI	Sin observaciones
16	EL ARRENDATARIO se compromete a devolver el inmueble, el equipamiento y utensilios entregados en óptimas condiciones, de acuerdo con el inventario entregado por la Escuela **(Almacenista de Intendencia y Supervisor del Contrato)** y a responder por pérdidas o daños cuando se demuestre su responsabilidad de los bienes inventariados de propiedad de la Policía Nacional, así como por los daños o perjuicios que cauce a terceros. Al momento de la entrega se deberá verificar el **INVENTARIO FÍSICO** y el estado de éste por parte del arrendatario, jefe de Almacén de Intendencia, jefe Grupo Logístico y Supervisor del Contrato.	SI	Sin observaciones
17	EL ARRENDATARIO se compromete a realizar las reparaciones locativas y a adquirir el equipamiento y accesorios necesarios cuando las circunstancias lo ameriten previa solicitud a la Dirección de la Escuela, así mismo no deberá realizar obras ni modificaciones estructurales sin autorización expresa del Director de la Escuela.	SI	Sin observaciones
18	EL ARRENDATARIO se compromete a desarrollar acciones necesarias para prevenir accidentes laborales, para lo cual deberá implementar la ejecución	SI	Sin observaciones

	de un programa de seguridad y salud en el trabajo y la señalización preventiva correspondiente el cual deberá ser de conocimiento del supervisor del contrato.		
19	EL ARRENDATARIO se compromete a cumplir las solicitudes de mejoramiento que le realice la Escuela por diferentes razones de acuerdo a su servicio y debe solucionarlas en los términos que para el efecto se señalen cuando sea del caso, así como a facilitar y colaborar para la realización de evaluaciones que se hagan de su servicio (encuestas, entrevistas, buzón de sugerencias etc.) las cuales se deben verificar periódicamente informado los resultados a la Dirección de la Escuela.	SI	Sin observaciones
20	EL ARRENDATARIO deberá ejercer el control necesario sobre la calidad del servicio que ofrece generando las acciones para la oportuna y buena atención, no generando congestión ni largas filas a la hora de cancelar los alimentos.	SI	Sin observaciones
21	EL ASEO O LA LIMPIEZA DEL ÁREA ARRENDADA SON POR CUENTA DEL ARRENDATARIO Se debe tener los elementos e insumos necesarios para el aseo del comedor de estudiantes con el fin de mantener siempre una excelente presentación a la hora de recibir los alimentos. DESINFECCIÓN: • Deberá implementar un programa de desinfección con soluciones autorizadas en las concentraciones y dilaciones exigidas, tanto para las instalaciones, superficies de contacto con los alimentos, equipos, utensilios y alimentos en crudo como frutas y verduras. • Deberán desinfectar puertas, paredes y ventanas una vez por semana como mínimo. • Los equipos y elementos de trabajo deben permanecer limpios y desinfectado antes de ser utilizado, deberán estar en buen estado y en condiciones de operación para evitar accidentes. • El equipo y los utensilios deben tener superficies lisas y bordes redondeados para facilitar su limpieza y desinfección. • Los equipos y utensilios de cocina que entren en contacto con los alimentos beberán lavarse, enjuagarse antes y después de cada uso. • Se deben utilizar pinzas, tenedores, cucharas o palas para manipular o servir los alimentos. • Las mesas de trabajo deben ser de material no poroso (aluminio).	SI	Sin observaciones
22	EL ARRENDATARIO se compromete a adquirir en sitios legalmente establecidos y reconocidos todos los víveres, alimentos y productos de primera calidad, necesarios para el correcto funcionamiento del restaurante. Se le prohíbe el ingreso de víveres de contrabando o en mal estado. Sin excepción los alimentos vulnerables o perecederos como la leche, derivados lácteos, carnes, huevos, pescado, frutas y verduras deberán ser compradas en establecimientos que garanticen la buena calidad de los mismos. Los enlatados deberán tener la respectiva licencia sanitaria y deberán ser revisados minuciosamente para descartar o eliminar los que presenten coloración, hongos o envases deteriorados, rotos, corroídos, o con presencia de gas interior.	SI	Sin observaciones
23	EL ARRENDATARIO deberá realizar el mantenimiento técnico preventivo y correctivo del equipamiento asignado mediante inventario como son: estufas, mobiliario, extractoras, marmitas, hornos, calentadores, campanas; y para los cuartos fríos, neveras, congeladores se deberá realizar el mantenimiento y calibración mediante una entidad certificada por el ONAC, mínimo cada seis (06) meses, una vez se adjudique el contrato o cuando se requiera por fallas técnicas, registrando la cantidad y tipo de refrigerante utilizado. El ARRENDATARIO deberá hacer la reposición del equipo y menaje si fuere del caso que para el efecto le entregue en inventario la Escuela, sin costo	SI	Sin observaciones

<table>
<tr><td></td><td>alguno para la POLICÍA NACIONAL. Para adelantar dichos mantenimientos o reposiciones deberá solicitar aprobación al supervisor del contrato.
EL ARRENDATARIO deberá contar con un archivo, donde se manejen los documentos de mantenimiento de todos los equipos del establecimiento (inventarios de los elementos propios y de los equipos entregados por parte de la Policía Nacional).</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>24</td><td>EL ARRENDATARIO deberá contar como mínimo con el siguiente personal:

<table><tr><th>CANTIDAD MÍNIMA</th><th>CARGO A DESEMPEÑAR</th><th>DISPONIBILIDAD</th></tr><tr><td>1</td><td>Administrador</td><td>100%</td></tr><tr><td>1</td><td>Ingeniero de alimentos</td><td>Asesoría</td></tr><tr><td>1</td><td>Profesional en SG-SST</td><td>Asesoría</td></tr><tr><td>1</td><td>Chef de cocina</td><td>100%</td></tr><tr><td>6</td><td>Auxiliar de cocina</td><td>100%</td></tr><tr><td>4</td><td>Personal en línea o quienes sirven los alimentos</td><td>100%</td></tr><tr><td>2</td><td>Cajero</td><td>100%</td></tr><tr><td>3</td><td>Funcionario para lavado</td><td>100%</td></tr><tr><td>2</td><td>Funcionario para aseo de las instalaciones</td><td>100%</td></tr></table>
Para acreditar la experiencia se deberá anexar la respectiva hoja de vida del personal ofrecido con los respectivos soportes:

• Copia carnet y/o certificados de manipulación de alimentos expedidos por la autoridad competente.

En el evento que se cambie el personal, este deberá cumplir con la experiencia requerida, el cual deberá contar con la viabilidad del supervisor del contrato.

<u>Adicionalmente al personal arriba señalado, se debe contar con una persona encargada de la caja registradora, la cual no deberá manipular alimentos.</u></td><td>SI</td><td>Sin observaciones</td></tr>
<tr><td>25</td><td>EXPERIENCIA DEL ARRENDATARIO
Con el fin de garantizar la calidad del servicio y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, acreditara experiencia en el arrendamiento de bienes inmuebles para la prestación del servicio de restaurante y comidas rápidas, tal acreditación fue avalada con la presentación por parte del ARRENDATARIO, de los documentos que acreditaron la realización de contratos celebrados y ejecutados relacionados o similares el objeto contractual, con empresas públicas o privadas, nacionales o extranjeras para lo cual el ARRENDATARIO deberá presentar certificaciones y/o actas de liquidación de contratos
Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información:

• Nombre del contratista.
• Nombre, dirección y teléfono del contratante.
• Objeto del contrato certificado.
• Número de contrato.
• Valor del contrato.

NOTA: La entidad se reserva el derecho de verificación de la información contenida en certificaciones o actas de liquidación, la cual podría ser realizada por los integrantes del comité técnico evaluador.</td><td>SI</td><td>Sin observaciones</td></tr>
<tr><td>26</td><td>Correrá por cuenta del ARRENDATARIO la vigilancia o seguridad interna del sitio arrendado, como son cocina, bodegas, equipos, comedor etc.</td><td>SI</td><td>Sin observaciones</td></tr>
<tr><td>27</td><td>PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y MEDIDAS DE SEGURIDAD
• El arrendatario deberá mantener los medios necesarios para garantizar la seguridad de todas las personas que ingresen al restaurante como:</td><td>SI</td><td>Sin observaciones</td></tr>
</table>

	botiquín, extintores, camilla fija, inmovilizador de cuello y demás que sean necesarios en caso de emergencia. • Durante la ejecución del contrato, el arrendatario en todo momento proveerá los recursos que sean necesarios para garantizar la higiene, salubridad y seguridad de sus empleados y trabajadores que desarrollen las actividades objeto del presente proceso contractual. • El arrendatario exigirá a sus empleados en todo momento el uso de elementos de protección personal durante la ejecución de las actividades. • El arrendatario será responsable de todos los accidentes que puedan sufrir los empleados, trabajadores o terceras personas, resultantes de la negligencia o descuido del arrendatario, por consiguiente, todas las indemnizaciones correspondientes serán por cuenta del arrendatario. • El arrendatario deberá tener previsto la ejecución de un programa de seguridad y salud en el trabajo y la señalización correspondiente el cual deberá ser de conocimiento del supervisor del contrato. **Nota:** El oferente deberá realizar el pago del personal que presta los servicios en Riesgo Laboral 5, teniendo en cuenta que este centro docente es catalogado como riesgo 5 de acuerdo a su misionalidad.		
28	**PRACTICAS HIGIÉNICAS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN** Toda persona mientras trabaje directamente en la manipulación o elaboración de alimentos, debe adoptar las practicas higiénicas y medias de protección que a continuación se establece: • Mantener una esmerada limpieza e higiene personal y aplicar buenas prácticas higiénicas en sus labores, de manera que se evite la contaminación del alimento y de las superficies de contacto con este. • Lavado de manos con agua y jabón antes de comenzar su trabajo cada vez que salga y regrese al área asignada y después de manipular cualquier material u objeto que pudiera representar un riesgo de contaminación para la alimentación. • Desinfección de las manos cuando los riesgos asociados con la etapa del proceso así lo justifiquen. • Mantener el cabello recogido y cubierto totalmente mediante malla, gorro u otro medio efectivo, y utilización de tapa bocas. • Mantener las uñas cortas, limpias y sin esmalte. • Uso de calzado cerrado, de material resistente e impermeable y de tacón bajo. • El arrendatario está obligado a cumplir con las normas de seguridad e higiene en la industria de la alimentación, de acuerdo con el Decreto 539 de 2014, Ley 9 de 1979, Decreto 3466 de 1982, Resolución 2674 de 2013, y demás disposiciones que las complementen, modifiquen o aclaren. • Prever y garantizar la calidad de la alimentación para evitar brotes de ETAS. • Los alimentos que han sido descongelados, no se pueden volver a congelar. • El tiempo de manipulación de alimentos potencialmente peligrosos antes de tratamiento térmico, debe ser menor a tres horas. • Deberá descongelarse solamente la cantidad que se va a preparar y con la anticipación necesaria, para evitar descomposición. • Deberá hacerse una revisión cuidadosa para descartar cualquier alimento en mal estado (que presente cambios de olor, color, sabor). • Los alimentos que se sirven crudos o fríos deberán prepararse lejos del calor para luego ser almacenados en refrigerador, en recipientes debidamente tapados hasta el momento de ser servidos (ensaladas, frutas, postres, carnes, frías). • Las grasas o aceites utilizados no lo deberán ser en forma excesiva y menos cuando se haya usado para preparar alimentos fuertes como pescado, se deberá descartar toda la grasa que presente olor o aspecto desagradable.	SI	Sin observaciones

	• Deberán descartarse los productos, cuya envoltura se encuentre rota, rasgada, contaminada con orina, heces fecales de roedores y otros animales. • Deberán descartarse los productos envasados que presenten decoloración, hongos, natas o cuyos envases estén rotos, quebrados, entreabiertos o corroídos y los enlatados inflados o cuyo contenido este lleno de espuma o mal olor. • Deberán descartarse los huevos cuyas cascaras tengan fisuras, rotos o manchas. No se deberá sobrecargar de aliños en forma que encubra caracteristicas de la normalidad o que puedan ocasionar trastornos gástricos. • Se deberán utilizar alimentos cuyas fechas de vencimiento sean anteriores a la del día de utilización.		
29	**CONTROL DE PLAGAS, ROEDORES Y RASTREROS** Efectuar programas bimestral de fumigación y presentar los formularios y antecedentes al supervisor del contrato para ser anexadas al proceso contractual, dado cumplimiento a las disposiciones contenidas en la Ley 09 de 1979, Decreto 1843 de 1991 "Por el cual se reglamentan parcialmente los títulos III, V, VI, VII y XI de la Ley 09 de 1979, sobre uso y manejo de plaguicidas" y demás normatividad que dicten, actualice, modifique o sustituyan los Ministerios de Salud y de Agricultura o sus institutos adscritos. Los productos de insecticidas y plaguicidas deben estar debidamente autorizados por el Ministerio de Salud, según Decreto 1843 de 1991.	SI	Sin observaciones
30	Contribuir a la minimización de los riesgos de enfermedad de intoxicaciones de los usuarios, que pueden ser ocasionados o transmitidos a través de los alimentos consumidos en los servicios de alimentación. El arrendatario deberá ejercer un control para dar cumplimiento a lo consagrado en el Decreto 539 de 2014 demás normas que lo modifique adicionen. Cuando por descuido, imprevisión, negligencia ocurran hechos de intoxicación o hechos relacionados por la mala manipulación de los alimentos EL ARRENDATARIO será el único y directo responsable.	SI	Sin observaciones
31	Como aporte a la "Guía Operacional del Sistema de Gestión Ambiental de la Policía Nacional". Código: 1DS-GU-0025 y a la implementación de las compras verdes o compras públicas sostenibles el arrendatario deberá: • Emplear de preferencia productos con sello o certificación ambiental. • En los procesos de limpieza y mantenimiento se deben utilizar productos biodegradables cuya eficiencia sea comprobable. • El arrendatario deberá realizar caracterización de las aguas residuales proveniente de su actividad económica a través de un laboratorio acreditado ante el IDEAM, en caso de ser requerido por la escuela. De ser así, si se hayan sustancias que superen los parámetros permitidos por las normas regulatorias, el ARRENDATARIO deberá tomar medidas ambientales para lograr el cumplimiento de los parámetros legales y presentar un segundo análisis que corrobore el saneamiento de la anomalía. **MANEJO ADECUADO DE RESIDUOS** El arrendatario presentará el plan de gestión integral de residuos sólidos **(QUINCE (15) días después de la firma del acta de inicio),** donde establezca el cumplimiento a las diferentes regulaciones ambientales para el adecuado manejo de residuos aprovechables, ordinarios, especiales y peligrosos. • Los residuos deben ser removidos frecuentemente de las áreas de producción y disponerse de manera que eliminen la generación de malos olores y la consecuente atracción de insectos y roedores.	SI	Sin observaciones

- El arrendatario deberá garantizar la gestión adecuada de los residuos orgánicos generados durante la ejecución del contrato, lo que incluye la entrega de estos a un gestor ambiental que certifique su aprovechamiento en un proceso autorizado. Las certificaciones deberán ser presentadas al supervisor de contrato.
- En caso de producir aceite vegetal usado, se debe presentar el correspondiente registro ante la Secretaría Distrital de Ambiente como generador y, periódicamente presentar las certificaciones de disposición adecuada de este elemento.
- El arrendatario deberá instalar dentro del establecimiento puntos ecológicos o contenedores, con el fin de asegurar la separación de los residuos plenamente identificados de acuerdo a los volúmenes de generación, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos dentro del sistema de Gestión Ambiental implementado en las instalaciones. Además, deberá realizar la segregación en la fuente para la disposición final en el chut de residuos en bolsas de color acorde a las directrices establecidas por el equipo del SGA, separar adecuadamente los residuos sólidos y líquidos del material orgánico y reciclable.

BLANCO	NEGRO	VERDE
Residuos aprovechables limpios y secos, como plástico, vidrio, metales, papel y cartón.	Residuos no aprovechables como el papel higiénico; servilletas, papeles y cartones contaminados con comida; papeles metalizados, entre otros. En esta bolsa o recipiente también deberán disponerse los residuos Covid-19 como tapabocas, guantes, entre otros.	Residuos orgánicos aprovechables como los restos de comida, residuos de corte de césped y poda de jardín, etc.

- El lugar para almacenar los residuos debe estar debidamente señalizado, en perfecto estado de limpieza y orden, apartado de la zona de almacenamiento de los alimentos. En general, su ubicación debe evitar todo riesgo de contaminación cruzada.
- El arrendatario acoge el plan de manejo de residuos de la Escuela, por lo tanto, deberá solicitar dicho documento a la oficina de planeación -ESJIM en coordinación con el supervisor del contrato.
- El arrendatario, ***se abstiene del uso y comercialización de polietileno expandido (ICOPOR)*** o productos que lo contengan.

RECOLECCIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS

- El arrendatario será el responsable de la correcta clasificación, selección, almacenamiento y transporte de los residuos generados, al lugar que destine la unidad (CENTRO DE ACOPIO), en los horarios establecidos en el **plan de manejo de manejo de residuos de la Escuela.**

MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

- Para el manejo adecuado de sustancias químicas el arrendatario debe dar cumplimiento a lo establecido en la ley 55 de 1993 "Por medio de la cual se aprueba el "Convenio No. 170 y la Recomendación número 177 sobre la Seguridad en la Utilización de los Productos Químicos en el trabajo", adoptados por la 77a. Reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra, 1990
- El arrendatario debe tener y presentar, para consulta o inspección, la ficha técnica y la hoja de seguridad de todos los productos químicos que se empleen en la ejecución del contrato: (jabones, detergentes,

	blanqueadores, limpiavidrios, desinfectantes ambientadores, etc.), especificando: identidad del producto, información sobre componentes, identificación de peligros, primeros auxilios, inflamabilidad y explosión, medidas en caso de derrames o escapes, manipulación y almacenamiento, control de exposición / protección personal, propiedades físicas y químicas, estabilidad y reactividad, información toxicológicas, información ecológica, consideraciones relativas a la eliminación, información relativas al transporte, e informaciones reglamentarias. **PARTICIPACIÓN PROGRAMAS AMBIENTALES** • El arrendatario debe participar en las actividades de información y educación ambiental implementadas en la unidad, como aspecto de mejoramiento del Sistema de Gestión Ambiental. • El arrendatario aplica y promueve las buenas prácticas ambientales asociadas al ejercicio del objeto del presente contrato.		
32	El arrendatario deberá contar con los formatos para el control de fechas de vencimiento de los productos que ingresen al restaurante y que son almacenados con el fin de soportar la estrategia adecuada de rotación e inventario de productos PEPS (Primero que entra y primero que salga).	SI	Sin observaciones
33	El arrendatario deberá instalar al inicio de la ejecución del contrato un dispositivo portátil (trampa de grasas portátil) para la retención de grasas, aceites y material solido generados por la actividad de lavado de loza, con el objeto de aumentar la efectividad en el parámetro de las aguas residuales que se generan, el cual podrá desinstalar una vez cumpla con el periodo de ejecución del contrato.	SI	Sin observaciones
34	El arrendatario realizará mantenimiento de la trampa de grasa (portátil) con una periodicidad mínimo de dos (2) veces al mes dependiendo de la capacidad de la misma y controles ambientales implementados en el restaurante, este mantenimiento se realizará a través de personal técnico o tecnólogos hidráulicos, sanitarios o afines. Los residuos retirados deberán ser entregados a un gestor autorizado por la autoridad ambiental para el manejo de estos residuos, quienes certificarán el tratamiento aplicado, indicando la cantidad de residuos retirados y la correspondiente fecha. ***La certificación deberá ser entregada al supervisor del contrato de forma mensual.***	SI	Sin observaciones
35	Los alimentos preparados no servidos que sobraron del día anterior, ***por ningún motivo se realizará la venta de estos productos al día siguiente.***	SI	Sin observaciones
36	**APLICAR LAS POLÍTICAS DE AUSTERIDAD EN EL GASTO DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS** EL ARRENDATARIO debe implementar sistemas ahorradores de agua en las distintas áreas de lavado con el fin de reducir su consumo. Al igual que las buenas prácticas en el ahorro de energía eléctrica y gas.	SI	Sin observaciones
37	Mantener elementos de aseo (traperos, escobas, recogedores) y el área de lavado de los mismos en óptimo estado de limpieza y desinfección al igual que en un sitio de almacenamiento, debe estar alejado de los alimentos.	SI	Sin observaciones
38	**El ARRENDATARIO deberá anexar dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del contrato,** las hojas de vida correspondiente al personal auxiliar que laborará con él y carnet de manipulación de alimentos vigente, al igual que el concepto de aptitud médica donde se confronte el estado de salud de los colaboradores manipuladores de alimentos (Los exámenes de laboratorio a realizar son: Frotis de garganta, KOH de uñas, coprológico y examen físico) teniendo en cuenta en lo establecido en el Decreto 539 de 2014 en el " ... El personal manipulador de alimentos debe haber pasado por un reconocimiento médico antes de desempeñar esta función; documentación que deberá ser entregada al supervisor del contrato para que adelante los respectivos estudios de seguridad del contratista y de sus empleados.	SI	Sin observaciones

	Así mismo, deberá efectuarse un reconocimiento médico cada vez que se considere necesario por razones clínicas y epidemiológica". El arrendatario tomará las medidas necesarias para que no se permita contaminar los alimentos directa o indirectamente por ninguna persona que se sepa o sospeche que padezca de alguna enfermedad susceptible de transmitirse por los alimentos que sea portadora de una enfermedad semejante, o que presente heridas infectadas, irritaciones cutáneas infectadas o diarrea. Todo manipulador de alimentos que represente un riesgo de este tipo deberá ser apartado de la manipulación de alimentos. En el momento de realizar cualquier cambio en el personal, debe ser aportado estos registros en la hoja de vida, para ser aprobados por el supervisor del contrato, con mínimo ocho 8 días con anterioridad.		
39	**NORMAS SOBRE EL PERSONAL:** El personal manipulador de los alimentos, debe haber pasado por un reconocimiento médico, antes de desempeñar cualquier función, así mismo deberá efectuarse un reconocimiento médico cada vez que se considere necesario por razones clínicas y epidemiológicas, especialmente después de una ausencia de trabajo motivada por una infección que pudiera dejar secuelas capaces de provocar contaminación de las bebidas y/o alimentos que manipule. La Dirección de la empresa tomara las medidas correspondientes para que el personal manipulador de las bebidas y/o alimentos, se le practique un reconocimiento médico por lo menos una vez al año.	SI	Sin observaciones
40	EL ARRENDATARIO debe contar con, platos a la carta y servicio a la mesa.	SI	Sin observaciones
41	Las sanciones por omisión de permisos, concesiones, licencias, trámites o cualquiera que se genere y que hubiese sido necesario tramitar antes del inicio, durante y al final del contrato, serán asumidas como responsabilidad exclusiva del arrendatario.	SI	Sin observaciones
42	El espacio arrendado cuenta con áreas comunes, las cuales podrán ser utilizadas por la entidad, para el desarrollo de actividades misionales, previa coordinación con el arrendatario y supervisor del contrato, lo anterior no deberá causar traumatismos en la prestación del servicio.	SI	Sin observaciones
43	Queda prohibido realizar fianzas al personal en caso de realizarlas quedará bajo su responsabilidad y la ***Escuela NO se responsabilizará de dichas deudas ni servirá de intermediario para su cobro.*** El vender y cobrar a los usuarios los productos y/o servicios ofrecidos en forma directa, será de responsabilidad exclusiva del arrendatario y los acuerdos a que lleguen de pago con el cliente.	SI	Sin observaciones
44	No podrá subarrendar el inmueble ni ceder el contrato, sino de conformidad con los términos establecidos en la Ley y con autorización del arrendador.	SI	Sin observaciones
45	El ARRENDATARIO ***presentará certificación firmada por el representante*** donde se indique que cuenta con un capital de trabajo suficiente para poder suministrar los productos, adicionalmente deberá contar con toda la logística precisa para garantizar la prestación del servicio del restaurante y comidas rápidas. Es necesario que el arrendatario **presente certificación suscrita por el representante legal**, donde garantice que cuenta con la logística necesaria (equipos, mobiliario y enseres, insumos y personal), para la ejecución del objeto contractual.	SI	Sin observaciones
46	**OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES** **BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA** El ARRENDATARIO ***presentara certificación firmada por el representante*** concerniente a las buenas prácticas de manufactura, en relación a la preparación, elaboración, envasado, almacenamiento, transporte y distribución de alimentos para consumo humano, con el objeto de garantizar que los alimentos se preparen en condiciones sanitarias adecuadas y se disminuyan los riesgos inherentes a la producción, debiendo cumplir con la normatividad de higiene, salubridad en la preparación y	SI	Sin observaciones

	distribución de la alimentación estipulada en el Decreto Nacional 539 de 2014 y la Resolución 2674 de 2013, o cualquier otra disposición que los modifique, adicione o reemplace.		
47	**CALIDAD Y CAMBIO DE LOS PRODUCTOS** El ARRENDATARIO ***presentara certificación firmada por el representante*** en la cual garantice que durante los doce (12) meses, que los alimentos que serán suministrados al personal de plana mayor, discentes, docentes, auxiliares de policía, visitantes y demás integrantes de la Policía Nacional, tendrán una excelente calidad, si es el caso, cambiarlo ya sea por que resulten defectuosos, vencidos u otros factores que alteren sus condiciones físicas normales, se realizará su cambio de manera inmediata, ***sin que se genere un valor adicional al consumidor.***	SI	Sin observaciones
48	El ARRENDATARIO y las personas que prestarán el servicio en el restaurante, serán objeto del ***estudio de seguridad***, reservándose la escuela el derecho frente al arrendatario a solicitar el cambio de cualquier empleado, lo cual deberá realizarse dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la notificación. En el evento que realice cambios de personal, deberá informar a la supervisión del contrato anexando los documentos anteriormente exigidos y antes de iniciar labores deberá contar con el respectivo **estudio de seguridad** efectuado por la Policía Nacional.	SI	Sin observaciones
49	El ARRENDATARIO se compromete al pago oportuno de salarios y prestaciones sociales de sus empleados.	SI	Sin observaciones
50	El ARRENDATARIO deberá presentar al supervisor del contrato mensualmente dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes copia de los pagos realizados por seguridad social de los empleados que prestan sus servicios en el espacio arrendado objeto de arriendo y cada vez que haga renovación o cambios de personal en cuyo caso el término se iniciará a contar a partir del primer día de labores del empleado.	SI	Sin observaciones
51	El ARRENDATARIO se compromete a cumplir las obligaciones laborales y las del código sustantivo de trabajo, con el personal contratado por su cuenta y riesgo, el cual será a cargo exclusivo del arrendatario, incluido salarios, prestaciones, afiliación al sistema de seguridad social y demás previsiones de ley, conforme a las disposiciones de la Ley 100 de 1993. Igualmente velar por la salud de sus trabajadores, usando los elementos de protección industrial adecuados para el desarrollo de los trabajos.	SI	Sin observaciones
52	El horario de trabajo de los funcionarios del establecimiento no debe exceder cuarenta y ocho (42) horas semanales de acuerdo a La ley 20101 de 2021, que modificó el artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo, si es necesario manejar dos (2) turnos de personal, será asumido por el arrendatario.	SI	Sin observaciones
53	El ARRENDATARIO presentará en su oferta la relación de los menús de los diferentes productos que ofrecerá (portafolio de servicios), con las correspondientes tablas nutricionales por cada uno y precios de los mismos.	SI	Sin observaciones
54	El ARRENDATARIO se comprometa a ofrecer PRECIOS DEL MERCADO COMÚN del sector y a mantener un stock de materias primas y productos en inventario para atender la demanda correspondiente.	SI	Sin observaciones
55	El ARRENDATARIO en desarrollo de su actividad comercial se compromete a publicar los precios en lugar visible de las instalaciones del restaurante.	SI	Sin observaciones
56	El ARRENDATARIO se compromete a vender y cobrar a los usuarios los productos ofrecidos en forma directa y en las condiciones establecidas en el ***portafolio de servicios presentado.***	SI	Sin observaciones
57	El ARRENDATARIO en caso de ser necesario y/o requerido deberá generar factura electrónica de venta, discriminando producto y valor de cada alimento comercializado, incluido en el portafolio de servicios presentado, de acuerdo a los parámetros establecidos por la DIAN.	SI	Sin observaciones

58	El ARRENDATARIO deberá adquirir bajo su propia cuenta y riesgo, materias primas, mercado y todos los bienes o los demás insumos que necesite o requiera para el funcionamiento del servicio del restaurante y comidas rápidas, para dar cumplimiento a su obligación contractual ***liberando de hecho a la Policía Nacional de cualquier responsabilidad frente a terceros por obligaciones adquiridas.***	SI	Sin observaciones
59	El horario para el ingreso de alimentos y proveedores será de 5:00 am a 10:00 am, bajo la supervisión del personal de seguridad de las instalaciones de la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada, permitiendo la revisión de los vehículos y elementos a ingresar. Para tal fin, deberán informar al ***supervisor del contrato (por escrito)*** con anticipación los datos del personal y vehículo para solicitar el respectivo ingreso.	SI	Sin observaciones
60	Diligenció el **FORMULARIO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN**, debidamente firmado por la persona que pretende contratar.	SI	Sin observaciones
61	Diligenció el **FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**, debidamente firmado por la persona que pretende contratar.	SI	Sin observaciones
	El ARRENDATARIO deberá diligenciar el **Formulario SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**, el cual debe venir firmado por el representante legal.	SI	Sin observaciones
62	**SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL**	SI	Sin observaciones
63	El ARRENDATARIO deberá Diligenciar el **FORMULARIO COMPROMISOS CON EL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL**, debidamente firmado por la persona que pretende contratar.	SI	Sin observaciones
64	Aplicar las políticas de austeridad en el gasto de los servicios públicos AHORRO EFICIENTE DE LA ENERGÍA: para lo cual el arrendatario hará un uso mínimo de la energía apagar las luces y desconectar los aparatos eléctricos cuando no el este utilizando.	SI	Sin observaciones
	El ARRENDATARIO deberá instalar al inicio de la ejecución del contrato un dispositivo portátil para la retención de grasas, aceites y material solido generados por la actividad de lavado de loza, con el objeto de aumentar la efectividad en el pretratamiento de las aguas residuales que se generan, el cual podrá desinstalar una vez cumpla con el periodo de ejecución del contrato. Realizar el mantenimiento de la trampa de grasas con una periodicidad mínimo de 2 veces al mes dependiendo de la capacidad de la misma y controles ambientales implementados en la cafetería y restaurantes, este mantenimiento se realizará a través de personal técnico o tecnólogos hidráulicos, sanitarios o afines. Los residuos retirados deberán ser entregados a un gestor autorizado por la autoridad ambiental pare el manejo de estos residuos, quienes certificarán el tratamiento aplicado, indicando la cantidad de residuos retirados, y la fecha. El ARRENDATARIO se compromete a realizar el mantenimiento y/o calibración de los equipos asignados (neveras, congeladores y aquellos quo requieran este servicio), mediante una entidad certificada por el ONAC, mínimo cada seis (06) meses, una vez se adjudique el contrato o cuando se requiera por fallas técnicas, registrando la cantidad y tipo de refrigerante utilizado. El ARRENDATARIO deberá instalar puntos ecológicos o contenedores dentro del establecimiento, con el fin de realizar la separación de los residuos plenamente identificados de acuerdo a los volúmenes de generación teniendo en cuenta los lineamientos establecidos dentro del sistema de Gestión Ambiental implementado en las instalaciones. Además, deberá realizar la segregación en la fuente para la disposición final en el chut de residuos en bolsas de color acorde a las directrices establecidas por el equipo del SGA, separar adecuadamente los residuos sólidos y líquidos del material orgánico y reciclable.	SI	Sin observaciones

	El ARRENDATARIO deberá realizar caracterización de las aguas residuales proveniente de la cafetería y restaurantes a través de un laboratorio.		
65	1. El oferente se compromete a contribuir con la protección del ambiente y de los recursos naturales, a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y regulaciones ambientales, así como en el control de los impactos ambientales adversos generados por acción directa o de terceros, partícipes en el cumplimiento del objeto contractual. 2. El oferente se compromete a cumplir con la normatividad ambiental aplicable al objeto contractual. 3. El oferente deberá cumplir con lo normado en la Resolución No. 00090 del 15 enero de 2018 "Por medio de la cual se actualiza, modifica, y complementa el manual de contratación de la policía nacional, adoptado mediante "Resolución No.03049 de 2014", dando estricto cumplimiento a todos los criterios ambientales contenidos en el apéndice del acto administrativo citado, aplicables al servicio que oferta, con especial atención a lo consignado en el numeral 4.1 "En materia de Aseo a instalaciones policiales", numeral 4.4"En materia de arriendo de inmuebles para el funcionamiento de unidades policiales" y/o "4.4.1 Cafeterías o restaurantes", así: **Numera 4.1 En materia de Aseo a instalaciones policiales.** ✓ Suministrar en lo posible, bolsas en material biodegradable que cumpla con la codificación de colores implementadas a través del SGA de la unidad, tanto para residuos no peligrosos como para residuos peligrosos, para las rutas de recolección internas y el cambio diario de las mismas. ✓ Verificación de la recolección y clasificación de los residuos sólidos generados en la unidad (reciclable, ordinaria, peligrosa y especial) que se disponen transitoriamente en el centro de acopio de residuos sólidos. ✓ Almacenamiento de las sustancias químicas utilizadas para el aseo en el lugar destinado para éste, de acuerdo a los protocolos de compatibilidad y peligrosidad, debidamente identificado y rotulado. **Numera 4.4 En materia de arriendo de inmuebles para el funcionamiento de unidades policiales.** ✓ El inmueble no deberá tener bombillas incandescentes y contar con un sistema de bajo consumo de energía lumínico y demás equipos eléctricos a cargo del arrendatario. ✓ El inmueble deberá tener sistema de ahorro, dispositivos e implementos de bajo consumo de agua o de uso eficientes, y de no contar con ello, deberá dejar constancia del compromiso del cambio de los mismos (presentar el plan de acción para esta actividad). ✓ El inmueble deberá contar con un sitio para almacenar y presentar los residuos sólidos que se generen en las instalaciones de acuerdo con lo previsto en los artículos 17, 22 del Decreto 2981 del 20 de diciembre de 2013 expedido por el Gobierno Nacional, o aquella norma que lo modifique, adicione o sustituya, frente a las obligaciones de los usuarios del servicio de aseo. ✓ El inmueble deberá tener plenamente identificado las rutas de evacuación, contar con sistemas de alerta, señalización y alarma según requerimientos de ley para la prevención, control de desastre y riesgos ambientales.	SI	Sin observaciones

- ✓ En lo posible el bien inmueble deberá contar con un sistema de recolección de aguas lluvias debidamente separadas de la red hidrosanitaria, y un tanque de almacenamiento para las mismas que facilite su aprovechamiento.

Numeral 4.4.1 Cafeterías o restaurantes.

- ✓ El oferente y futuro contratista deberá instalar al inicio de la ejecución del contrato un dispositivo portátil para la retención de grasas, aceites y material solido generados por la actividad de lavado de loza, con el objeto de aumentar la efectividad en el pretratamiento de las aguas residuales que se generan, el cual podrá desinstalar una vez cumpla con el periodo de ejecución del contrato.

- ✓ Realizar el mantenimiento de la trampa de grasas con una periodicidad mínimo de 2 veces al mes dependiendo de la capacidad de la misma y controles ambientales implementados en la cafetería y restaurantes, este mantenimiento se realizará a través de personal técnico o tecnólogos hidráulicos, sanitarios o afines. Los residuos retirados deberán ser entregados a un gestor autorizado por la autoridad ambiental pare el manejo de estos residuos, quienes certificarán el tratamiento aplicado, indicando la cantidad de residuos retirados, y la fecha.

- ✓ El oferente y futuro contratista se compromete a realizar el mantenimiento y/o calibración de los equipos asignados (neveras, congeladores y aquellos quo requieran este servicio), mediante una entidad certificada por el ONAC, mínimo cada seis (06) meses, una vez se adjudique el contrato o cuando se requiera por fallas técnicas, registrando la cantidad y tipo de refrigerante utilizado.

- ✓ El oferente y futuro contratista deberá instalar puntos ecológicos o contenedores dentro del establecimiento, con el fin de realizar la separación de los residuos plenamente identificados de acuerdo a los volúmenes de generación teniendo en cuenta los lineamientos establecidos dentro del sistema de Gestión Ambiental implementado en las instalaciones. Además, deberá realizar la segregación en la fuente para la disposición final en el chut de residuos en bolsas de color acorde a las directrices establecidas por el equipo del SGA, separar adecuadamente los residuos sólidos y líquidos del material orgánico y reciclable.

- ✓ El oferente y futuro contratista deberá realizar caracterización de las aguas residuales proveniente de su actividad (cafetería o restaurante) a través de un laboratorio acreditado ante el IDEAM, trámite que se debe adelantar cada seis (6) meses, el primero al finalizar el segundo mes de iniciada su actividad productiva. De ser necesario y según resultado de laboratorio, el contratista deberá tomar medidas ambientales para el logro del cumplimiento de los parámetros exigidos por la ley.

- ✓ El oferente deberá realizar el manejo adecuado de los residuos orgánicos generados durante la ejecución del contrato, así mismo deberá llevar un control de la generación y la disposición de los mismos, y presentar informe al supervisor del contrato de manera mensual donde especifique cual es el tratamiento o disposición aplicada, garantizando que no se utilice para la alimentación de ganado porcino.

	✓ Para las unidades ubicadas en el Distrito Capital los arrendatarios deberán diligenciar el registro de generadores de aceites vegetales usados y de igual formar en las unidades a nivel nacional deberán darle manejo adecuado a los aceites producto de las frituras y tendrá que darle tratamiento y/o disposición final a través de un gestor ambiental autorizado por la autoridad competente para la realización de esa actividad, de igual forma deberá llevar el reporte de generación de forma documentada para su verificación y control. ✓ Evitará el uso de polietileno expandido (más conocido como ICOPOR) para servir alimentos. ✓ Para la adquisición de productos alimentarios y en los contratos de arrendamiento de cafeterías o restaurantes, se deberá incluir dentro de las obligaciones del contratista la aplicación de buenas prácticas de manufactura - BPM, con arreglo a lo previsto en el Decreto 3075 de 1997 y la Resolución 2674 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud, o cualquiera otra disposición que los modifique, adicione o sustituya. ✓ Garantizar que los detergentes, desinfectantes y demás sustancias utilizadas en el servicio de cafetería y restaurantes estén debidamente identificados y guardados de acuerdo a las recomendaciones del fabricante y fuera del área de procesamiento de los alimentos. 4. El oferente asumirá la responsabilidad ante cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales que hubiese sido necesario tramitar antes del inicio, durante y al final el proceso contractual, y no de la Policía Nacional. 5. El oferente deberá garantizar que todo el material que se entregue se realice de forma digital o se realice en un medio reutilizable. Los escritos deben estar ajustados a la Directiva Presidencial 04 de 2012 "Política cero papel". 6. El oferente certificará que no presenta infracciones o sanciones vigentes en el Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA), actualizado por la Autoridad Nacional de Licencias Ambientales (ANLA). 7. El oferente garantizara la disposición final de los residuos peligrosos generados durante su actividad productiva y presentara soporte de la disposición al supervisor del contrato.		
66	1. El arrendatario deberá allegar las hojas de vida con el fin de realizar el estudio de seguridad, una vez firmado el contrato.	SI	Sin observaciones

2.1. NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Para el presente período no se presentaron novedades o situaciones anormales que deban ser reportadas.

3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido doscientos setenta y seis (276) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato, restando noventa (90) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

EL ARRENDATARIO se obliga a pagar el **CANON MENSUAL ANTICIPADO de TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS VEINTICINCO PESOS ($ 3.490.560) M/CTE**., el cual será cancelado dentro de los cinco (5) primeros días calendario, de acuerdo con la fecha de la aprobación de la póliza y la carta de inicio al arrendatario. El valor total del contrato asciende a la suma de **CUARENTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS ($41.886.720) M/CTE.**

El valor del canon de arrendamiento será pagado por medio de la plataforma para pagos en línea PSE o como lo determine la entidad.

PARÁGRAFO PRIMERO: los servicios públicos domiciliarios de, gas natural y energía eléctrica (en los casos que aplique), estarán a cargo del **arrendatario** y deberán ser cancelados por medio de la plataforma para pagos en línea PSE o como lo determine la Entidad, de acuerdo a la liquidación mensual que certifique la Oficina de Mantenimiento y/o el Jefe Grupo Logístico de la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada", con relación a las lecturas de consumos de los medidores de energía (KW/H) consumidos durante el mes, este pago se deberá realizar junto con el canon de arrendamiento.

El servicio público de gas natural deberá ser cancelado por el **arrendatario** de acuerdo al consumo efectuado por el mismo, y conforme a la facturación realizada por la empresa encargada. Los demás servicios como televisión, telefonía, internet entre otros que llegara a tener, deberán ser cancelados oportunamente por el arrendatario de acuerdo a los términos establecidos por las entidades prestadoras del servicio, debiendo presentar copia de las facturas una vez canceladas ante el supervisor del contrato

PARÁGRAFO SEGUNDO: En ningún caso podrá el **arrendatario** efectuar modificación alguna a las instalaciones, sean eléctricas, hidráulicas o instalar tuberías de agua y gas, sin previo permiso escrito por parte del **arrendador**.

En todo caso el arrendatario es el responsable de cualquier cambio y/o alteración de los equipos de medición de servicios públicos que se lleguen a presentar durante el tiempo que esté a cargo del inmueble arrendado, así mismo por las multas generadas por el pago inoportuno de estos servicios.

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

En este espacio se debe informar el valor total de los pagos efectuados, valor del mismo y porcentaje, así:

a. Balance general de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato**
Valor total del contrato	$ 41.886.720,00	100%
Valor total de las entregas	$ 31.415.040,00	75,00%
Valor total facturado	$ 31.415.040,00	75,00%
Valor facturado pendiente de pago	$ 0,00	0,00%
Valor pagado	$ 3.490.560,00	8,33%
Valor pendiente de entrega	$ 10.471.680,00	25,00%

a. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado							
No. De acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. Factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. Orden de pago
N/A	$3.490.560	28/12/2025 al 28/01/2026	$ 3.490.560	(Comprobante) 00737322	N/A	N/A	N/A

Nota:

4.2 Entrada de Bienes: No aplica

5. RECOMENDACIONES

El contrato se ha venido desarrollando de manera normal, sin presentar novedades, situaciones anómalas o de relevancia, por lo cual se exalta al contratista en seguir en cumplimiento con todas y cada una de las obligaciones adquiridas y especificaciones técnicas exigidas al momento de la presentación de la oferta.

6. CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	SI X	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma_____

Subcomisario **HÉCTOR CARDONA CEBALLOS**
Cargo: Comandante de Compañía
Supervisor Contrato N°: 53-1-30015-25
Correo electrónico: hector.cardona5796@correo.policia.gov.co
No. Celular: 318 649 9346

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
ESCUELA DE SUBOFICIALES Y NIVEL EJECUTIVO
"GONZALO JIMENEZ DE QUESADA"
GRUPO PLANEACIÓN

Nro. GS-2026- 001259 **/ ESJIM - PLANE 20.1**

Sibaté, 29 de enero de 2026

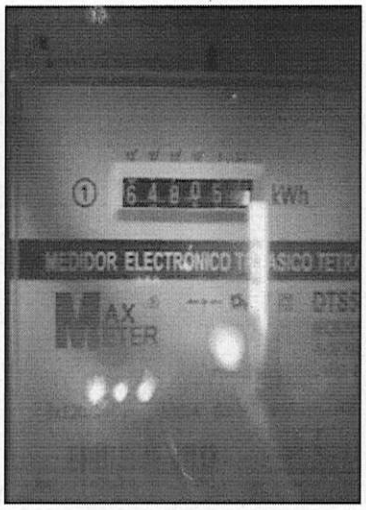
Señor
GERLEY BORDA
Representante Legal de
CASA DE BANQUETES Y EVENTOS CALIPSO S A S
NIT: 900.657.312-8
Calle 76d # 110-24
Teléfonos: 3124307362
Bogotá.

Asunto: liquidación servicio de energía restaurante primer piso.

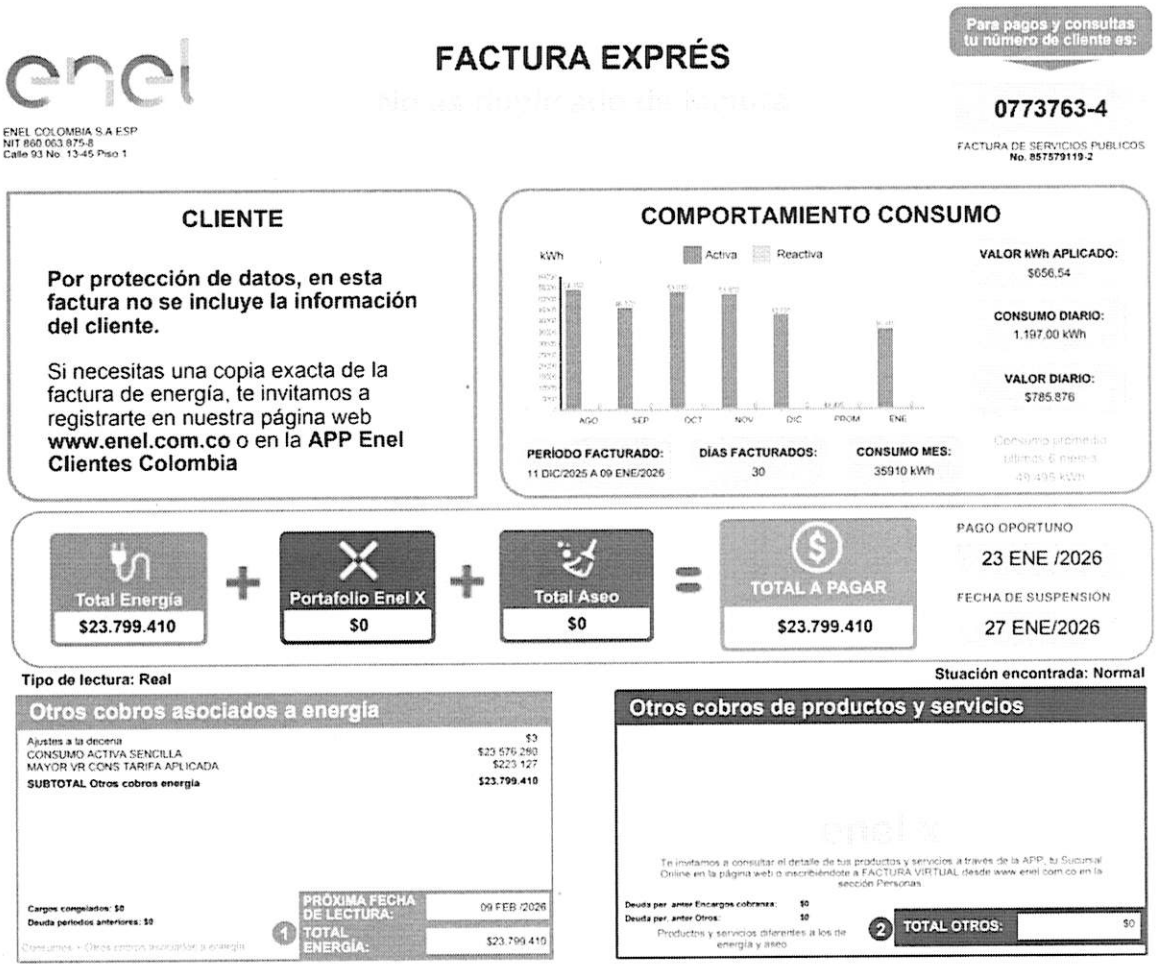
En atención a la CLAUSULA SEGUNDA VALOR y al PARÁGRAFO PRIMERO de CLAUSULA TERCERA - FORMA DE PAGO del ANEXO Nro. 1 "DATOS DEL CONTRATO" del contrato de arrendamiento PN ESJIM CD 016 2025 N° 53-1-30015-25, cuyo objeto es el ARRENDAMIENTO DE UN ESPACIO FÍSICO DESTINADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RESTAURANTE, CON UN ÁREA DE 181.80 M², UBICADO EN EL PRIMER PISO DEL COMEDOR DE ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES Y NIVEL EJECUTIVO "GONZALO JIMÉNEZ DE QUESADA", KM 20, VÍA SIBATÉ, PARA EL PERSONAL DE PLANTA DE LA ESCUELA, AUXILIARES DE POLICÍA, PERSONAL EN CURSO DE ASCENSO Y VISITANTES, y teniendo en cuenta que la ejecución del mismo dio inicio el 28/04/2025, en mi calidad de supervisor del contrato en mención, de manera atenta me permito enviar la información del consumo de energía eléctrica del mes de enero, incluyendo la última factura emitida por la empresa ENEL Colombia, así:



- Lectura anterior tomada el día 28/12/2025



- Lectura actual tomada el día 28/01/2026



ENEL COLOMBIA S.A ESP
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13-45 Piso 1

FACTURA EXPRÉS

Para pagos y consultas tu número de cliente es:
0773763-4
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS
No. 857579119-2

CLIENTE

Por protección de datos, en esta factura no se incluye la información del cliente.

Si necesitas una copia exacta de la factura de energía, te invitamos a registrarte en nuestra página web **www.enel.com.co** o en la **APP Enel Clientes Colombia**

COMPORTAMIENTO CONSUMO

kWh — Activa — Reactiva

AGO SEP OCT NOV DIC PROM ENE

VALOR kWh APLICADO: $656,54
CONSUMO DIARIO: 1.197,00 kWh
VALOR DIARIO: $785.876

PERÍODO FACTURADO:	DÍAS FACTURADOS:	CONSUMO MES:
11 DIC/2025 A 09 ENE/2026	30	35910 kWh

Total Energía $23.799.410 + Portafolio Enel X $0 + Total Aseo $0 = TOTAL A PAGAR $23.799.410

PAGO OPORTUNO: 23 ENE /2026
FECHA DE SUSPENSIÓN: 27 ENE/2026

Tipo de lectura: Real
Situación encontrada: Normal

Otros cobros asociados a energía

Ajustes a la decena	$3
CONSUMO ACTIVA SENCILLA	$23.576.280
MAYOR VR CONS TARIFA APLICADA	$223.127
SUBTOTAL Otros cobros energía	**$23.799.410**

Cargos congelados: $0
Deuda periodos anteriores: $0
1 PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 09 FEB /2026
TOTAL ENERGÍA: $23.799.410

Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Deuda per. anter Encargos cobranza: $0
Deuda per. anter Otros: $0
Productos y servicios diferentes a los de energía y aseo
2 TOTAL OTROS: $0

- **Nota:** es necesario indicar que en dicha factura exprés el nombre del cliente y número de cuenta corresponde a la escuela

Valor del KW según factura: $ 656,54

MES	FECHA LECTURA	CONSUMO MES (kWh)	CONSUMO MES ANTERIOR (kWh)	CONSUMO MES RESTAURANTE (kWh)	VALOR kWh	VALOR TOTAL A PAGAR
MAY	28/05/2025	58429	56875	1554	$ 720,48	$ 1.119.625
JUN	28/06/2025	59249	58429	820	$ 690,10	$ 565.882
JUL	28/07/2025	60122	59249	873	$ 723,51	$ 631.626
AGO	29/08/2025	61054	60122	932	$ 678,85	$ 632.688
SEP	29/09/2025	61815	61054	761	$ 692,17	$ 526.741
OCT	28/10/2025	62915	61815	1100	$ 700,91	$ 771.001
NOV	28/11/2025	63923	62915	1008	$ 694,54	$ 700.096
DIC	28/12/2025	64097	63923	174	$ 678,86	$ 118.122
ENE	28/01/2026	64805	64097	708	$ 656,54	$ 464.830

Por lo anterior, el **valor total** a pagar por concepto de energía eléctrica asciende a la suma de **CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS ($ 464.830)** M/CTE, el cual deberá realizar por medio de la *plataforma de pagos en línea PSE o como lo determine la entidad*, remitiendo copia del comprobante de pago al supervisor del contrato y al(la) tesorero(a) de la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada", dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recibido de la presente comunicación oficial.

Así mismo, se requiere sean allegados los documentos relacionados a continuación, al correo electrónico jeluin.guataquira@correo.policia.gov.co a más tardar el día 05/02/2026, junto con la documentación adicional exigida en el contrato de arrendamiento N° 53-1-30015-25, así:

- ✓ **Remitir planilla integral de autoliquidación de aportes y comprobante de pago a salud, pensión y riesgos laborales correspondiente al mes anterior del personal vinculado.**
- ✓ **Hojas de vida de todo el personal que labora en el comedor primer piso.**
- ✓ **Remitir certificado expedido por el contador público, revisor fiscal o representante legal del pago de aportes parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA) de sus empleados.**

Nota: Cada vez que se vaya a realizar un cambio de empleado informar con anterioridad y remitir hoja de vida, para realizar el estudio de seguridad y confiabilidad.

Atentamente,

Intendente JELUIN ALEXANDER GUATAQUIRA GARCIA
Analista de Planeación ESJIM
Supervisor del contrato No. 53-1-30015-25

Elaboró: Intendente Jeluin Alexander Guataquira
ESJIM-PLANE.

Fecha de elaboración: 29-01-2026
Ubicación: D:\Planeacion 2026\Contratos 2026

Kilómetro 20 Vía Sibaté
Teléfono 5159600 ext. 30209
esjim.plane-mec@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

PERSONA JURIDICA

YO Gerley Borda, identificado con cedula de ciudadanía No 1118855 7. de Bogotá, mediante el presente documento me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que me encuentro al día y a paz y salvo por concepto de pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales del personal vinculado, que me resultan exigibles por la ley.

Lo anterior al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 del 2007.

Dada en Sibaté a los ( ) días del mes de febrero de 2026

FIRMA

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

1118855 7

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

JELUIN ALEXANDER GUATAQUIRA GARCIA

Para: GERLEY BORDA <eventoscalipso900@gmail.com>

Responder | Responder a todos | Reenviar | ...

Jue 29/01/2026 10:45 AM

Importancia alta

Señor
GERLEY BORDA
Representante Legal de
CASA DE BANQUETES Y EVENTOS CALIPSO S A S
NIT: 900.637.312-8
Calle 76d # 110-24
Teléfonos: 3124307362
Bogotá.

Asunto: liquidación servicio de energía restaurante primer piso.

En atención a la CLAUSULA SEGUNDA VALOR y al PARÁGRAFO PRIMERO de CLAUSULA TERCERA - FORMA DE PAGO del ANEXO Nro. 1 "DATOS DEL CONTRATO" del contrato de arrendamiento PN ESIIM CD 016 2025 Nº 53-1-30015-25, cuyo objeto es el ARRENDAMIENTO DE UN ESPACIO FISICO DESTINADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE RESTAURANTE, CON UN ÁREA DE 181.80 M^2, UBICADO EN EL PRIMER PISO DEL COMEDOR DE ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES Y NIVEL EJECUTIVO "GONZALO JIMÉNEZ DE QUESADA", KM 20, VÍA SIBATÉ, PARA EL PERSONAL DE PLANTA DE LA ESCUELA, AUXILIARES DE POLICÍA, PERSONAL EN CURSO DE ASCENSO Y VISITANTES. y teniendo en cuenta que la ejecución del mismo dio inicio el 28/04/2025, en mi calidad de supervisor del contrato en mención, de manera atenta me permito enviar la información del consumo de energía eléctrica del mes de enero, incluyendo la última factura emitida por la empresa ENEL Colombia, así:

Valor del KW según factura: $ 656,54

MES	FECHA LECTURA	CONSUMO MES (kWh)	CONSUMO MES ANTERIOR (kWh)	CONSUMO MES RESTAURANTE (kWh)	VALOR kWh	VALOR TOTAL A PAGAR
MAY	28/05/2025	58429	56875	1554	$ 720,48	$ 1.119.625
JUN	28/06/2025	59249	58429	820	$ 690,10	$ 565.882
JUL	28/07/2025	60122	59249	873	$ 723,51	$ 631.626
AGO	29/08/2025	61054	60122	932	$ 678,85	$ 632.668
SEP	29/09/2025	61815	61054	761	$ 692,17	$ 526.741
OCT	28/10/2025	62915	61815	1100	$ 700,91	$ 771.001
NOV	28/11/2025	63923	62915	1008	$ 694,54	$ 700.096
DIC	28/12/2025	64097	63923	174	$ 678,86	$ 118.122
ENE	28/01/2026	64805	64097	708	$ 656,54	$ 464.930

Por lo anterior, el **valor total** a pagar por concepto de energía eléctrica asciende a la suma de **CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS ($ 464.830)** M/CTE, el cual deberá realizar por medio de la *plataforma de pagos en línea PSE o como lo determine la entidad*, remitiendo copia del comprobante de pago al supervisor del contrato y allía) tesorero(a) de la Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada", dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recibido de la presente comunicación oficial.

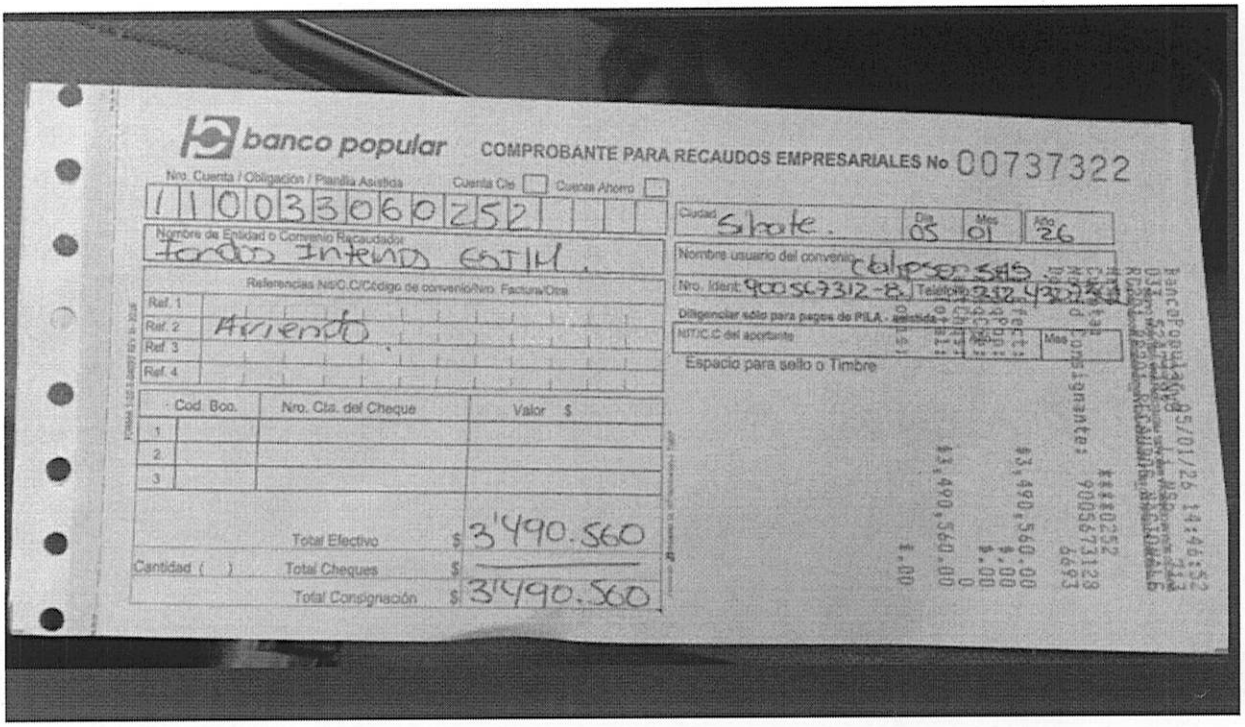
Así mismo, se requiere sean allegados los documentos relacionados a continuación, al correo electrónico jeluin.guataquira@correo.policia.gov.co a más tardar el día 05/02/2026, junto con la documentación adicional exigida en el contrato de arrendamiento Nº 53-1-30015-25, así:

- **Remitir planilla integral de autoliquidación de aportes y comprobante de pago a salud, pensión y riesgos laborales correspondiente al mes anterior del personal vinculado.**
- **Hojas de vida de todo el personal que labora en el comedor primer piso.**
- **Remitir certificado expedido por el contador público, revisor fiscal o representante legal del pago de aportes parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, ICBF y SENA) de sus empleados.**

Nota: Cada vez que se vaya a realizar un cambio de empleado informar con anterioridad y remitir hoja de vida, para realizar el estudio de seguridad y confiabilidad.

Atentamente,

IT. JELUIN ALEXANDER GUATAQUIRA GARCÍA
Supervisor del contrato No. 53-1-30015-25



banco popular COMPROBANTE PARA RECAUDOS EMPRESARIALES No 00737322

Nro. Cuenta / Obligación / Planilla Asistida: 1 1 0 0 3 3 0 6 0 2 5 2
Cuenta Cte ☐ Cuenta Ahorro ☐
Ciudad: Sibate. Día: 05 Mes: 01 Año: 26
Nombre de Entidad o Convenio Recaudador: fondo interno EST IH.
Nombre usuario del convenio: eventoscalipso 545
Referencias Nit/C.C/Código de convenio/Nro. Factura/Otra
Nro. Ident: 900567312-8 Teléfono: 312 4
Ref. 1
Ref. 2: Arriendo.
Ref. 3
Ref. 4
Diligenciar sólo para pagos de PILA - asistida
NIT/C.C del aportante
Espacio para sello o Timbre

	Cod. Bco.	Nro. Cta. del Cheque	Valor $
1			
2			
3			

Total Efectivo $ 3'490.560
Cantidad ( ) Total Cheques $
Total Consignación $ 3'490.560

$3,490,560.00 $0.00 $0.00 $3,490,560.00 $0.00

GB **GERLEY BORDA <eventoscalipso900@gmail.com>**

Responder | Responder a todos | Reenviar

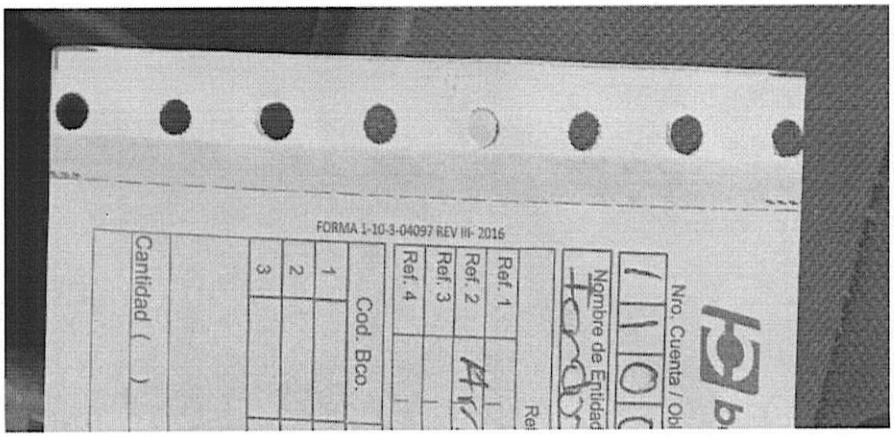
Para: JELUIN ALEXANDER GUATAQUIRA GARCIA

Lun 5/01/2026 3:05 PM

Intendente JELUIN ALEXANDER GUATAQUIRA GARCIA
Supervisor contrato de arrendamiento No. 53-1-30015-25
POLICÍA NACIONAL – Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada"
Sibaté.

Referencia: contrato de arrendamiento No. 53-1-30015-25, cuyo objeto es, "ARRENDAMIENTO DE UN ESPACIO FISICO DESTINADO PARA PRESTAR EL SERVICIO DE RESTAURANTE, CON UN ÁREA 181.80 M², UBICADO EN EL PRIMER PISO DEL COMEDOR DE ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES Y NIVEL EJECUTIVO "GONZALO JIMÉNEZ DE QUESADA" KM 20 VÍA SIBATÉ, PARA EL PERSONAL DE PLANTA DE LA ESCUELA, AUXILIARES DE POLICIA, PERSONAL DE CURSO DE ASCENSO Y VISITANTES".

Respetado Intendente, en observancia de las especificaciones técnicas del contrato de referencia, comedidamente envío el documento del asunto.



FORMA 1-10-3-04097 REV III- 2016
Cantidad ( )
Cod. Bco.
Ref. 1
Ref. 2
Ref. 3
Ref. 4
Nombre de Entidad
Nro. Cuenta / Obl

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-10, 09:00:47 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 83338781

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026

PAGADO 09/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CASA DE BANQUETES Y EVENTOS CALIPSO S A S		
Documento	NI900657312	**Dirección**	CR 80 NORTE #65 A - 91
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6000145
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	BORDA GERLEY	**Identificación**	CC 11188557
Total Afiliados	4	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C 1014238432	ANDRES CAMILO BORDA GOMEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF26) COMFACUNDI	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
C 1014258080	JOHAN SEBASTIAN BORDA GOMEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF26) COMFACUNDI	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
C 11188557	GERLEY BORDA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF26) COMFACUNDI	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
C 52088264	CLAUDIA ROJAS RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 70.100	0,522	$ 1.750.905	$ 9.200	(CCF26) COMFACUNDI	$ 1.750.905	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 7.003.620	$ 7.003.620	$ 7.003.620	$ 7.003.620	$ 1.120.800	$ 280.400	$ 36.800	$ 280.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.718.400	$ 6.900	$ 1.725.300

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

EXPERTOS en PILA

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CASA DE BANQUETES Y EVENTOS

CALYPSO S.A.S

NIT- No. 900.657.312-8

Bogotá D.C, 4 de febrero del 2026

Intendente
JELUIN ALEXANDER GUATAQUIRA GARCIA
Supervisor contrato de arrendamiento No. 53-1-30015-25
POLICÍA NACIONAL – Escuela de Suboficiales y Nivel Ejecutivo "Gonzalo Jiménez de Quesada"
Sibaté.

Referencia: contrato de arrendamiento No. 53-1-30015-25, cuyo objeto es, **"ARRENDAMIENTO DE UN ESPACIO FISICO DESTINADO PARA PRESTAR EL SERVICIO DE RESTAURANTE, CON UN ÁREA 181.80 M², UBICADO EN EL PRIMER PISO DEL COMEDOR DE ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES Y NIVEL EJECUTIVO "GONZALO JIMÉNEZ DE QUESADA" KM 20 VÍA SIBATÉ, PARA EL PERSONAL DE PLANTA DE LA ESCUELA, AUXILIARES DE POLICIA, PERSONAL DE CURSO DE ASCENSO Y VISITANTES".**

Asunto: entrega recibo de pago 8 servicio público de energía y GAS VANTI

Respetado intendente, en observancia de las especificaciones técnicas del contrato de referencia, comedidamente se envía recibo de pago del servicio de energía, conforme a la liquidación enviada por correo electrónico el 29 de enero del 2026, por valor de $464.830:

No.	VALOR CONSIG	FECHA PAGO	No COMPROBANTE	ENTIDAD BANCARIA
8	$464.830	2/2/2026	00730426	BANCO POPULAR

De igual manera, envío soporte de pago del recibo del GAS VANTI:

No.	VALOR CONSIG	FECHA PAGO	ID TRANSFERENCIA	ENTIDAD BANCARIA	# CUENTA CONTRATO
7	$1.071.030	03/02/2026	160796	CORRESPONSAL BANCO BOGOTA	62606029

Cordialmente,

Firma del representante legal
Nombre o razón social: CASA DE BANQUETES Y EVENTOS CALYPSO S.A.S
Identificación (NIT ☒ C.C ☐ C.E ☐): 900.657.312-8
Nombre Representante Legal: GERLEY BORDA
Identificación (C.C☒ C.E. ☐) 11.188.557
Teléfono: 312 430 7362
Email: eventoscalipso900@gmail.com

banco popular **COMPROBANTE PARA RECAUDOS EMPRESARIALES No** 00730426

Nro. Cuenta / Obligación / Planilla Asistida: 1 1 0 0 3 3 0 6 9 2 5 2 — Cuenta Cte ☐ Cuenta Ahorro ☐

Ciudad: Sibate. Día: 02 Mes: 02 Año: 26

Nombre de Entidad o Convenio Recaudador: fondo interno ESTM.

Nombre usuario del convenio: Calipso SAS

Nro. Ident.: 900567312-8 Teléfono: 312 430 7362

Referencias NIC/C.C/Código de convenio/Nro. Factura/Otra

Ref. 1:
Ref. 2: Energia
Ref. 3:
Ref. 4:

Diligenciar sólo para pagos de PILA - asistida

NIT/C.C del aportante: Tipo | Número | Periodo Aportes (Año, Mes) | Medio

Espacio para sello o Timbre

	Cod. Bco.	Nro. Cta. del Cheque	Valor $
1			
2			
3			

Total Efectivo $ 464.830

Cantidad ( ) Total Cheques $

Total Consignación $ 464.830

$464.830,00 $464.830,00 $0,00 $0,00 $0,00 $0,00 $0,00 $0,00 $0,00 $0,00

CORRESPONSAL
CAFE INTERNET PUNTO NA
CR 8 8 103 SIBATE

BANCO DE BOGOTA

RECAUDO

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

*** CLIENTE ***

le Pago

2 ESCUELA DE SUBOFICIALES
0 LO1 01

6029

2.2026

2.2026

	225.974,90
Cargo Fijo	4.177,79
Contribución al cargo Fijo	372,02
Contribución al consumo	87.158,54
Pérdidas	24.763,20
Suministro Regulado - G	514.098,20
Transporte Regulado - T	211.484,35

Total a Pagar: 1.071.030
Cargos y conceptos correspondientes a la factura

(415)7709998026025(8020)2260602(3900)01000001071030

VANTI S.A. ESP NIT 800007813-5

www.grupovanti.com.co

Cliente

vanti

Cupón de Pago

Datos del Cliente

Nombre: GONZALO JIMENEZ ESCUELA DE SUBOFICIALES
Dirección: KM 20 VIA SIBATE 0 LO1 01
Municipio: SIBATE
Uso: Comercial
Estrato: Comercial

Datos del Pago

Cuenta Contrato: 52606029
Periodo facturado:
Fecha de emisión cupón: 02.02.2026
Fecha suspensión:
Fecha deuda más antigua: 10.02.2026

Conceptos para pagar

Cargo Distribución - Dm	225.974,90
Cargo Fijo	4.177,79
Contribución al cargo Fijo	372,02
Contribución al consumo	87.158,54
Pérdidas	24.763,20
Suministro Regulado - G	514.098,20
Transporte Regulado - T	211.484,35

Total a Pagar: 1.071.030
Cargos y conceptos correspondientes a la factura

(415)7709998026025(8020)2260602(3900)01000001071030

VANTI S.A. ESP NIT 800007813-5

www.grupovanti.com.co

Banco

FEB 03 2026 15:21:41 RBMDES10.5
CORRESPONSAL
CAFE INTERNET PUNTO NA
CR 8 8 103 SIBATE

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 001675521 TER: GA007835
V.ELECTRON Cc
**7806 RECIBO: 082621 RRN: 160796
RECAUDO APRO: 430424

SERVICIO: 0000000090
FACTURA: 00000000000062606029
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 1.071.030

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

ago

JELA DE SUBOFICIALES

01

Ca	228.974,90
Ca	4.177,79
Cc	372,02
Contribución al consumo	87.159,54
Pérdidas	24.763,20
Suministro Regulado - G	514.098,20
Transporte Regulado - T	211.484,35

Total a Pagar:

Cargos y conceptos correspondientes a la factura 1.071.030

(415)7709998026025(8020)62606029(3900)00000001071030

VANTI S.A. ESP NIT: 800007813-5

CL 71 A 5 30 Conmutador: 3144500

www.grupovanti.com.co

Cliente

vanti

Cupón de Pago

Datos del Cliente

Nombre: GONZALO JIMENEZ ESCUELA DE SUBOFICIALES
Dirección: KM 20 VIA SIBATE 0 L01 01
Municipio: SIBATE
Uso: Comercial
Estrato: Comercial

Datos del Pago

Cuenta Contrato: 62606029
Periodo facturado:
Fecha de emisión cupón: 02.02.2026
Fecha suspensión:
Fecha deuda más antigua: 10.02.2026

Conceptos para pagar

Cargo Distribución - Dm	228.974,90
Cargo Fijo	4.177,79
Contribución al cargo Fijo	372,02
Contribución al consumo	87.159,54
Pérdidas	24.763,20
Suministro Regulado - G	514.098,20
Transporte Regulado - T	211.484,35

Total a Pagar:

Cargos y conceptos correspondientes a la factura 1.071.030

(415)7709998026025(8020)62606029(3900)00000001071030

VANTI S.A. ESP NIT: 800007813-5

CL 71 A 5 30 Conmutador: 3144500

www.grupovanti.com.co

Banco

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Y PARAFISCALES

PERSONA JURIDICA

YO GERLEY BORDA, identificado con cedula de ciudadanía No 11188557 de Bogotá, mediante el presente documento me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que me encuentro al día y a paz y salvo por concepto de pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales del personal vinculado, que me resultan exigibles por la ley.

Lo anterior al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 del 2007.

Dada en SIBATE a los (2) días del mes de FEBRERO de 2026

FIRMA

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

vanti

Cupón de Pago

Datos del Cliente

Nombre: GONZALO JIMENEZ ESCUELA DE SUBOFICIALES
Dirección: KM 20 VIA SIBATE 0 L01 01
Municipio: SIBATE
Uso: Comercial
Estrato: Comercial

Datos del Pago

Cuenta Contrato: 62606029
Periodo facturado:
Fecha de emisión cupón: 02.02.2026
Fecha suspensión:
Fecha deuda más antigua: 10.02.2026

Conceptos para pagar

Cargo Distribución - Dm	228.974,90
Cargo Fijo	4.177,79
Contribución al cargo Fijo	372,02
Contribución al consumo	87.159,54
Pérdidas	24.763,20
Suministro Regulado - G	514.098,20
Transporte Regulado - T	211.484,35

Total a Pagar:

Cargos y conceptos correspondientes a la factura 1.071.030

(415)7709998026025(8020)62606029(3900)00000001071030

VANTI S.A. ESP NIT: 800007813-5

CL 71 A 5 30 Conmutador: 3144500

www.grupovanti.com.co

Cliente

vanti

Cupón de Pago

Datos del Cliente

Nombre: GONZALO JIMENEZ ESCUELA DE SUBOFICIALES
Dirección: KM 20 VIA SIBATE 0 L01 01
Municipio: SIBATE
Uso: Comercial
Estrato: Comercial

Datos del Pago

Cuenta Contrato: 62606029
Periodo facturado:
Fecha de emisión cupón: 02.02.2026
Fecha suspensión:
Fecha deuda más antigua: 10.02.2026

Conceptos para pagar

Cargo Distribución - Dm	228.974,90
Cargo Fijo	4.177,79
Contribución al cargo Fijo	372,02
Contribución al consumo	87.159,54
Pérdidas	24.763,20
Suministro Regulado - G	514.098,20
Transporte Regulado - T	211.484,35

Total a Pagar:

Cargos y conceptos correspondientes a la factura 1.071.030

(415)7709998026025(8020)62606029(3900)00000001071030

VANTI S.A. ESP NIT: 800007813-5

CL 71 A 5 30 Conmutador: 3144500

www.grupovanti.com.co

Banco

FEB 03 2026 15:21:41 REMDES10.5

CORRESPONSAL
CAFE INTERNET PUNTO NA
CR 8 8 103 SIBATE

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 001767552I TER: GA007835
V.ELECTRON Cc
**7806 RECIBO: 082621 RRN: 160796
RECAUDO APRO: 430424

SERVICIO: 0000000090
FACTURA: 0000000000002606029

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 1.071.030

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

banco popular **COMPROBANTE PARA RECAUDOS EMPRESARIALES No** 00730426

Nro. Cuenta / Obligación / Planilla Asistida | Cuenta Cte ☐ | Cuenta Ahorro ☐

1	1	0	0	3	3	0	6	0	2	5	2				

Ciudad: Sibate. | Día: 02 | Mes: 02 | Año: 26

Nombre de Entidad o Convenio Recaudador: Fondos internos GJTM.

Nombre usuario del convenio: Calipso SAS

Nro. Ident: 900567312-8 | Teléfono: 317.430.7362

Referencias Nit/C.C/Código de convenio/Nro. Factura/Otra

Ref. 1
Ref. 2: Energia
Ref. 3
Ref. 4

Diligenciar sólo para pagos de PILA - asistida

NIT/C.C del aportante | Año | Mes

Espacio para sello o Timbre

Cod. Bco.	Nro. Cta. del Cheque	Valor $
1		
2		
3		
	Total Efectivo	$ 464.830
Cantidad ( )	Total Cheques	$
	Total Consignación	$ 464.830.

FORMA 1-10-3-04097 REV III- 2016

Impreso por Stapeles S.A. NIT 860026580-2 72837

BancoPopular 02/02/26 15:29:00
032 CAJERO 008
RC0000 CONVENIO 0000
ESTE RECIBO SERA NECESARIO PARA CUALQUIER RECLAMO
Nro Cuenta: ****0252
Nro Id Consignante: 900567312 8
6693
$464,830.00
$.00
0
$464,830.00
$.00

banco popular **COMPROBANTE PARA RECAUDOS EMPRESARIALES No** 00730427

Nro. Cuenta / Obligación / Planilla Asistida | Cuenta Cte ☐ | Cuenta Ahorro ☐

1	1	0	0	3	3	0	6	0	2	5	2				

Ciudad: Sibate. | Día: 02 | Mes: 02 | Año: 26

Nombre de Entidad o Convenio Recaudador: Fondos internos GJTM.

Nombre usuario del convenio: Calipso SAS

Nro. Ident: 900567312-8 | Teléfono: 317.430.7362

Referencias Nit/C.C/Código de convenio/Nro. Factura/Otra

Ref. 1
Ref. 2: Arriendo.
Ref. 3
Ref. 4

Diligenciar sólo para pagos de PILA - asistida

NIT/C.C del aportante | Año | Mes

Espacio para sello o Timbre

Cod. Bco.	Nro. Cta. del Cheque	Valor $
1		
2		
3		
	Total Efectivo	$ 3490.560.
Cantidad ( )	Total Cheques	$
	Total Consignación	$ 3490.560.

FORMA 1-10-3-04097 REV III- 2016

Impreso por Stapeles S.A. NIT 860026580-2 72837

BancoPopular 02/02/26 15:30:01
032 CAJERO 008
RC0000 CONVENIO 0000
ESTE RECIBO SERA NECESARIO PARA CUALQUIER RECLAMO
Nro Cuenta: ****0252
Nro Id Consignante: 900567312 8
6693
$3,490,560.00
$.00
0
$3,490,560.00
$.00

ARL | sura

Medellín, 05 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 LOGISTICS L.G. SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1071062139	GARCIA RAMIREZ ANGELICA MILENA	06/02/2026		15621324	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 05/02/2026 21:59:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.165.204, 192.230.104.14, 172.16.42.57

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 06 02 2026

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades: X
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. Contribución solidaria: Si — No: X
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante: X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente: X — B. Independiente — C. Pensionado
7. Código: (a registrar por la EPS)

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

8. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
GARCIA	RAMIREZ	ANGELICA	MILENA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
C.C.	1071062139	Femenino: X — Masculino	F: X — M — T — NB — Otro		COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	GIRARDOT	18 04 2004

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
6		Si — No: X		Si: X — No	Nivel — Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA ARL	PORVENIR	1.750.905	N / A

26. Residencia — Dirección: CALLE 31 23 - 28 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3214940612 — Correo Electrónico: direccionadmon.it.amarok@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona	
CUNDINAMARCA	NARIÑO	CENTRO	Cabecera Municipal / Centro Poblado: X	Rural Disperso / Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro		

33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

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

35.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

AFILIACIÓN

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
LOGISTICS LG SERVICE SAS	NIT	901918968	

59. Ubicación
Dirección: DIAGONAL 146 128 - 53
Teléfono fijo o Celular: 4801621

Correo Electrónico: a.gordillogrupoalianza@gmail.com
Departamento: CUNDINAMARCA
Municipio / Distrito: BOGOTA

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS SANITAS	06022026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 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.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 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.
- [ ] 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.
- [ ] 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.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. 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
Angelica Milena Garcia	ARMANDO GORDILLO

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 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.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 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.
- [ ] 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.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliacines colectivas.
- [ ] 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

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES: CARGO: MESERO

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

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

B. REPORTE DE NOVEDADES

minerva®
10-03

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Garcia Ramirez	Angelica Milena

Fecha de nacimiento (D / M / A)	Lugar de nacimiento
28 / 08 / 2004	Girardot Cundi

Dirección domicilio / Barrio	Ciudad
carrera 5 #8-79 barrio inmaculada	Sibate

Teléfono	N°. Celular
	3142035354

Correo electrónico	Nacionalidad
milenagarcia547@gmail.com	colombiana

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
oficios varios	soltera	2 años

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X] No. 1071062739 / Extranjería: [ ] Expedida en:	(**) Libreta militar No. / Distrito No.	Primera clase: [ ] / Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [X]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Persona responsable con esperiencia en oficios varios y todo lo relacionado, organizada y comprometida con alto sentido de disciplina respeto por las normas y disposición para el trabajo en equipo

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [X] No [ ]	¿En qué empresa?	Empleado [X] Independiente [ ]	Tipo de contrato
	calipso		indefinido

¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [X] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [X] No [ ]	Fecha (D / M / A)	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [X]	Nombre / Dependencia

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [X] ¿Cuál?

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [ ] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
		eduardo	3115145215	4 meses

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?
		$1.500.000
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto es su aspiración salarial? $asignada

¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Sí [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

19706010

7 702124 007813 >

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)	
Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2014	5	Primaria	escuela rural gaviotanza	Nariño cundi
Bachillerato Académico [ ] Técnico [X] Comercial [ ] Otro [ ]	2021	11	Bachiller	la vega de los padres	cuello Tolima
Educación Superior Técnico [X]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			
Otros: cursos, diplomados, seminarios.			

¿Cursa estudios actualmente? Sí [ ] No [X]	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución	Horario: Diurno [ ] Nocturno [ ]	Fin de semana [ ] A distancia [ ]	

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Sí [ ] No [ ] ¿Qué programas maneja?	1.	R B MB	3.	R B MB			
	2.	R B MB	4.	R B MB			
Idiomas Sí [ ] No [ ] ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha	Lectura	Escritura	Habla		
	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
calipso		escuela de Policia	

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
oficios varios		D 03 M 01 A 23	D M A	$	$

Funciones realizadas	
Nombre de su jefe inmediato: Gerley Borda	Cargo
Logros obtenidos	

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] Contrato directo con la empresa [ ] Contrato por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

VALIDE LA AUTENTICIDAD DEL FORMATO DESPRENDIBLE ESTAS HOJAS

VALIDE LA AUTENTICIDAD DEL FORMATO DESPRENDIBLE ESTAS HOJAS

VIII. NOTAS ADICIONALES

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Sandra Ramirez	cajera	Cumbre SM 8-74	3144037722
2.	Ana Gonzales	ama de casa	Navarro Condominio Rio	3224882760

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐ Marque con una X

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C.

VALIDE LA AUTENTICIDAD DEL FORMATO DESPRENDIENDO ESTAS HOJAS

minerva

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

ARL | sura

Medellín, 05 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 LOGISTICS L.G. SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1073698937	SUAREZ MAYORGA JENNIFER ANDREA	06/02/2026		5614T617	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 05/02/2026 22:09:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.165.204, 192.230.104.14, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012615757
9012615757

No. de Radicación SAT: 30204143

Fecha de Radicación: 07 02 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia X - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo X B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante X C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente X B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres			
SUAREZ Primer Apellido	MAYORGA Segundo Apellido	YENIFER Primer Nombre	ANDREA Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1073698937	Femenino X Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				15 D 05 M A 1992 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Categoría discapacidad SI ☐ NO X	SI ☐ NO ☐	Nivel ☐ Grupo ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A		$1.750.905	

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabecera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

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

35. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C
B1
B2
B3
B4
B5

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
LOGISTICS LG SAS	NT	901918968	

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Departamento	Municipio	Zona Residencial
CR 101 83 90	4801621	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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. Reporte de pago a través de un tercero Código 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 X 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando 11. Inscripción EPS retorno al país 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 14. Movilidad A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado 15. Traslado A.Mismo Régimen B. Diferente Régimen 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia 17. Reporte del trámite de protección al cesante 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado 19. Reporte de la calidad de Pensionado 20. Ingreso a Contribución Solidaria 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / Otro / Cual)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	06 02 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
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.
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
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.
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.
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
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
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	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

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad								

TOTAL ANEXOS

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
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
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
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
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
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
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

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)	OBSERVACIONES:
		CARGO: MESERA

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.

Versión Noviembre

YENIFER ANDREA SUAREZ MAYORGA
CC 1073698937
Transversal 6 No. 5-31 Pablo Neruda Sibaté
3209976882 - 3204820526
andreachiquis@hotmail.com



PERFIL:

con experiencia oficios varios, auxiliar de cocina y todo lo relacionado, me caracterizo por ser una persona responsable, honrada, hábil, dinámica comprometida con las labores asignadas, con disposición al aprendizaje, con capacidad para trabajar en equipo y bajo presión.

EXPERIENCIA LABORAL:

CALIPSO SAS
Auxiliar de cocina
Tiempo laborado: 2 años
Jefe inmediato: Gerley Borja
Teléfono:3124307362
FUNCIONES: cocinar, alistamiento, atender
LOGROS
Experiencia

CASA CORREDOR
Auxiliar de cocina
Tiempo laborado: 6 meses
Jefe inmediato: Nataly moreno
Teléfono: 3114497331
FUNCIONES: Cocinar, alistamiento, hacer aseo
LOGROS
Experiencia

FORMACION ACADEMICA:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA GENERAL SANTANDER
Bachiller académico

REFERENCIAS PERSONALES:

Francely Robayo
Independiente
Teléfono: 3213857927

Luisa Perez
Independiente
Teléfono:3223892137

REFERENCIA FAMILIAR:

Andres Suarez
Conductor
Teléfono:3138432963

YENIFER ANDREA SUAREZ MAYORGA
CC 1073698937 de Soacha

ARL | sura

Medellín, 05 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 LOGISTICS L.G. SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C88225629	HERRERA GIRALDO CARLOS MANUEL	06/02/2026		F2239129	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 05/02/2026 22:34:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.165.204, 192.230.104.14, 172.16.42.57

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016098283	0|6|0|2|2|0|2|6

. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1. tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afil acion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de famili ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
HERRERA (Primer apellido)	GIRALDO (Segundo apellido)	CARLOS (Primer)	MANUEL (Segundo nombre)
7. Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	88225629	Femenino ☐ Masculino ☐	09 0|9|1|9|97 5

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
5	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SURA ARL	PORVENIR	1750905

18.Residencia			
CRA 30 12 - 44		31277000748	CARLOSHERRERA0@GMAIL.COM
Dirección	**Telefono fijo**	**Telefono celular**	**Correo electronico**
BOGOTA	zona Urbana ☒ Rural ☐	PUENTE ARANDA	CUNDINAMARCA
Municipio/Distrito		**Localidad / comuna**	**Departamento**

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento 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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia					
Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Urbana	Rural			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Seleccion de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	
	-
	-
	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LOGSTICSLG SERVICE SAS	NIT	901918968	01

39.Ubicación				
DIAGONAL 146 128 - 5 (Dirección)	3204761707 (Teleéfono)	A.GORDILLOGRUPOALIANZA@GMAIL..COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	CUNDINMARCA (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

II. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|6|0|2|2|0|2|6

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

III. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

IV. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva institucional o de oficio

V. ANEXOS

- 56. ☐ Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- 57. ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- 59. ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- 60. ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 61. ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- 62. ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscri ta 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

VI. 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.



CARLOS MANUEL HERRERA GILRALDO
Carrera: 98 No2-44
Correo electrónico: carlosherreraconsorciorefuerzo@gmail.com
Teléfono: 3127700094-3194029993

PERFIL: CHEF PROFESIONAL

Con experiencia en restaurante, como chef profesional apasionado en la cocina, con buen liderazgo, responsable, organizado, Con iniciativa, dinamismo, trabajo en equipo, organización y compromiso.
Hábil, activo, creativo, habituado al trabajo en grupo o en forma individual, facilidad, disposición de aprender nuevas cosas.
HABILIDADES: creación de menú
Gestión de suministro
Elaboración de salsa
Ahumados
Cortes de carnes
Elaboración de pastas
Presentación de platos

INFORMACIÓN ACADEMICA

TECNICO EN COCINA Y GASTRONOMIA
Institución: BACAR VENEZUELA
Estado: Graduado

EXPERIENCIA LABORAL

EXPERIENCIA LABORAL
CARGO:CHEF
Tipo de experiencia laboral: Asalariado
Nombre de la empresa: Calypso S.A.S
Fecha de ingreso: Enero de 2023
Funciones y logros**:** Funciones: elaboración de menú, recetario y costes.Planificación de las tereas del personal de cocina y supervisión del trabajo.Realización de pedidos de aprovisionamiento para la cocina y control de calidad, cantidad correcto almacenamiento.Formación del personal de cocina en técnicas y procedimientos necesario para preparar y conversar alimentosOrganización del servicio y elaboración de platos Supervisión y control de acabado de los platos y su parentaciónMantenimiento de estándar, sanitarios y seguridad en la zona de cocina.

EXPERIENCIA LABORAL

CARGO: CHEF
Tipo experiencia laboral: Asalariado
Nombre de la empresa: restaurante casa revuelta
Fecha ingreso/retiro: Diciembre de 2020/ Diciembre de 2021
Funciones y logros: Funciones: elaboración de menú, recetario y costes.
Planificación de las tereas del personal de cocina y supervisión del trabajo
Realización de pedidos de aprovisionamiento para la cocina y control de calidad, cantidad correcto almacenamiento.
Formación del personal de cocina en técnicas y procedimientos necesario para preparar y conversar alimentos
Organización del servicio y elaboración de platos
Supervisión y control de acabado de los platos y su parentación
Mantenimiento de estándar, sanitarios y seguridad en la zona de cocina.

EXPERIENCIA LABORAL
CARGO: SUBCHEF
Tipo experiencia laboral: Asalariado
Nombre de la empresa: los FUEGOS BISTRO
Fecha ingreso/retiro: ABRIL de 2018/ NOVIEMBRE de 2019
Funciones y logros: Funciones: elaboración y preparación de menú.
Recepción de almacenamiento de materia prima
Elaboración de pedidos de materias prima
Elaboración y confección de inventarios mensuales
Organización del servicio y elaboración de platos
Cumplimientos de las normativas higiénico –sanitario
Limpieza y mantenimiento de instalaciones y equipos

REFERENCIAS FAMILIARES

- **Nombre del familiar: JUSELYS ROMERO**
- **Cargo y/o profesión: comerciante**
- **Teléfono – celular:** 3194029993

REFERENCIAS PERSONALES

Andrés Felipe Espinel Medellín

Cel. 3043752611

John Alexander Vanegas Borda

Cel. 3204212189

CARLOS MANUEL HERRERA GILRALDO
C.C 88225629

ARL | sura

Medellín, 05 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 LOGISTICS L.G. SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
X1441826	BERNAL GIMENES CARLOS	06/02/2026		26224206	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 05/02/2026 22:30:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.165.204, 192.230.104.14, 172.16.42.57

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 06 DÍA | FEBRERO | AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [ ]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES				
PRIMER APELLIDO: BERNAL	SEGUNDO APELLIDO: GIMENES	PRIMER NOMBRE: CARLOS	SEGUNDO NOMBRE:	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
PT - Permiso Protección Temporal	1441826	F [✓]	F [✓] T NB Otro — Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO			
VENEZOLANA	VENEZUELA	VENEZUELA	VENEZUELA	23 DÍA	MARZO	1989 AÑO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
		SI [ ] NO [ ]		SI [ ] NO [ ]					SURA ARL

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
NO APLICA	$ 1.750.905			321476170	N/A

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
DIAGONAL 25 # 8 - 63		carlosbernal.89@hotmail.com	CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
SIBATE	CENTRO	CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [✓] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F M	F M T NB Otro — Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO		
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
LOGISTICS LG SERVICE SAS	NI - Número Identificación Tributaria	901918968		DEPENDIENTE

59. Dirección	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO
DIAGONAL 146 # 128 - 53	A.GORDILLOGRUPOALIANZA@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. 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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
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. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [✓]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BERNAL	GIMENEZ	CARLOS	

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
PT - Permiso Protección Temporal	1441826	F [✓]	F [✓] T NB Otro — Cual?

64. FECHA NACIMIENTO			65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD			67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
23 DÍA	03 MES	1989 AÑO		06 DÍA	02 MES	2026 AÑO		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [✓]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [✓]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
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. [ ]
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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [✓]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. [✓]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [✓]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [✓]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [✓]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — Cantidad: — Total 0
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
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. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
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. [ ]
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 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

CARGO: MESERO MOVILIDAD DEL SUBSIDIADO AL CONTRIBUTIVO

VIGILADO Supersalud

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, CARLOS BERNAL GIMENES identificado (a) con PT - Permiso por Protección Temporal número 1441826 de BOGOTA, certifico que:

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?	SÍ ☑ No ☐
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?	SÍ ☑ No ☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ ☑ No ☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ ☑ No ☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ ☑ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico. _____
SÍ ☐ No ☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ ☐ No ☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: PT - Permiso Prot No. ID: 1441826
Fecha de Solicitud: 06 FEBRERO
Dirección: DIAGONAL 25 8 - 63 SIBATE
Tel: 3214761707 Municipio: SIBATE
Departamento: CUNDINAMARCA
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato, el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hara NUEVA EPS S.A., en sujecion a la politica para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con No. _____ desde el dia _____ del mes _____ del año _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	
			$		NO			NO	

Nivel de Escolaridad										
	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Ultimo Grado
	Básico Primaria ☐	Media tecnica (bachillerato básico) ☐	Tecnologica ☐	Maestria ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRA VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 3° DE 1998 Y ART. 39 DECRETO 1406 DE 1999

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
			_____ CIUDAD Y FECHA

minerva
10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACION GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante: Bernal. Gimenez.	Nombre(s) del aspirante: Carlos.
Fecha de Nacimiento (D / M / A): 23 / 03 /	Lugar de Nacimiento: Barquisimeto - Venezuela
Dirección domicilio / Barrio: Calle 5 # 2-95 Barrio San Jose.	Ciudad: Sibate - Cundinamarca
Teléfono: 3222119537.	No. Celular:
Correo electrónico:	Nacionalidad: Venezolano.
Profesión, ocupación u oficio: Bachiller.	(*) Estado civil: Soltero
	Años de experiencia laboral:

DOCUMENTACION

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [ ] N° PPT. 1441826.	(**) Libreta militar N°: Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ] Expedida en: Bogota	Distrito N°: Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°:	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [ ] — Licencia de conducción N°: — Categoría:

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [X] No [ ]	¿En qué empresa? Calipso.	Empleado [X] Independiente [ ]	Tipo de contrato: fijo
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [ ]	Fecha (D / M / A)	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ] — Nombre — Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [ ]	Nombre — Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador: Erwin Rincon.	Teléfono: 3142727470 — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?: 1 año y 3 meses.
¿Actualmente tiene algún *ingreso adicional*? Si [ ] No [X]	Descríbalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1.500.000
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial?
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [X] — ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?

Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

5020166612

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

REV. 05-2019

VIII. NOTAS ADICIONALES

ARL | sura

Medellín, 05 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 LOGISTICS L.G. SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1072188666	BELTRAN PUENTES DIANA PAOLA	06/02/2026		16913137	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 05/02/2026 22:05:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.165.204, 192.230.104.14, 172.16.42.57

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016098941	0|6|0|2|2|0|2|6

. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afil acion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
BELTRAN (Primer apellido)	PUENTES (Segundo apellido)	DIANA (Primer)	PAOLA (Segundo nombre)
7. Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1072188666	Femenino ☐ Masculino	01|0|1|1|9|8|5

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AURA ARL	PORVENIR	1750905

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
TRANSV 7 5 - 17		3007565974	SEGURIDADSOCIALENLINEA@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
SOACHA	Urbana ☒ Rural ☐	CENTRO	CUNDINAMARCA

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento 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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		
	-	-
	-	-
	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LOGSTICSLG SERVICE SAS	NIT	901918968	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
DIAGONAL 146 128 - 5	3204761707	A.GORDILLOGRUPOALIANZA@GMAIL..COM	BOGOTA	CUNDINMARCA

No de Radicacion
4016098941

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

II. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|6|0|2|2|0|2|6

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

III. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

III. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva institucional o de oficio

V. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscri ta 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

~~I. 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.



DIANA PAOLA BELTRAN PUENTES

Oficios varios

CONTACTO

300 756 5979

pb565045@gmail.com

Identificación:
1.072.188.666

Transversal 7 # 5-17

REFERENCIAS

ESMERALDA RODRIGUEZ
3142897862

KEVIN GARZON
3144816020

SOBRE MÍ

Cuento con experiencia en atencion al cliente, fabricacion de productos, resaltando por mi desempeño impecable en mis labores, soy una persona que se adapta a los cambios, con disposicion activa para ofrecer un excelente servicio para asi seguir cumpliendo mis objetivos laborales.

EXPERIENCIA

2018 Lavanderia Neruda
Atencion al cliente y manejo de dinero, oficios varios.

2023 Taller de confeccion Santa Rita Venecia
Manejo de maquina de collarin y remate de Jeans

EDUCACIÓN

2012 Bachiller academico
Institucion Educativa Pablo Neruda

HABILIDADES

Liderazgo
Comunicación
Toma de decisiones
Gestión del tiempo
Trabajo en equipo

ARL | sura

Medellín, 05 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 LOGISTICS L.G. SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1000860837	BOTELLO JEREZ LUISA FERNANDA	06/02/2026		15274220	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 05/02/2026 23:05:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.165.204, 192.230.104.14, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012615832
9012615832

No. de Radicación SAT: 30204248

Fecha de Radicación: 07 02 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia X - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo X B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante X C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente X B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

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

8. Apellidos y nombres			
BOTELLO Primer Apellido	JEREZ Segundo Apellido	LUISA Primer Nombre	FERNANDA Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1000860837	Femenino X Masculino ☐	T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

14. Lugar de nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				29 D 10 M A 2003 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial
		SI ☐ NO X		SI ☐ NO ☐	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A		$1.750.905	N/A

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

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

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

33. Lugar de nacimiento	Pais	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

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

35. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
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

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C
B1
B2
B3
B4
B5

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

55. Nombre o razon social: LOGISTICS LG SAS

56. Tipo de documento de identificacion: NT

57. Número del documento de identificación: 901918968

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación

CR 101 83 90 — 4801621 — BOGOTA — DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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. Reporte de pago a través de un tercero Código; 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 X; 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando; 11. Inscripción EPS retorno al país; 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas; 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas; 14. Movilidad A. Régimen Contributivo; B. Régimen Subsidiado; 15. Traslado A Mismo Régimen; B. Diferente Régimen; 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia; 17. Reporte del trámite de protección al cesante; 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado; 19. Reporte de la calidad de Pensionado; 20. Ingreso a Contribución Solidaria; 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 63. Sexo identificación (Femenino / Masculino / NR / Otro / Cual) | 64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad: 06 02 2026 | 67. Motivo de traslado (Código) | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
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
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
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.
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
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.
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
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

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 y entidad responsable de la afiliación colectiva, Institución Prestadora de Servicios de Salud o Pagador de Pensiones

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad								

TOTAL ANEXOS

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
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
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
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
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
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
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

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

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicacion | 97. Fecha de validacion | OBSERVACIONES:

CARGO: MESERA

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.

Versión: Institucional



LUISA FERNANDA BOTELLO JEREZ

VENDEDOR Y CAJERA

CONTACTO

3204055072

lbotellojerez@gmail.com

Sibaté, Cundinamarca

PERFIL

Persona amable y cordial en el trato con el público. Con aptitud y actitud de liderazgo e iniciativa para desarrollar ideas y facilidad para la toma de decisiones
Excelente desempeño social y alto grado de responsabilidad, trabajo en equipo y atención al cliente.

HABILIDADES

- Trabajo en equipo
- Trabajo bajo presión
- Comunicación
- Resolutividad
- Liderazgo

EXPERIENCIA PROFESIONAL

ROAN | 2023 – 2023

Cajera y vendedoras, Sibaté

Tareas:
- Atención al cliente
- Manejo de dinero
- Venta de productos

Bar La Lorita | 2022 – 2023

Vendedora y atención al cliente, Sibaté

Tareas:
- Atención al usuario
- Manejo de caja
- Inventario diario

EDUCACIÓN

2023 | Sibaté, Cundinamarca

Bachiller Académico
Fundación Gazqua

REFERENCIAS PERSONALES

Alisson Dayanna Suarez
Estudiante
Teléfono: 3144086253
E-mail: alissonsuarez564@gmail.com

Jonatan Esleider Contreras
Empleado
Teléfono: 3042292322
E-mail: k.kuervo@gmail.com

William Caro
Empleado
Teléfono: 3017431295
E-mail: William.caro15@gmail.com

ARL | sura

Medellín, 05 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 LOGISTICS L.G. SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
X7089888	VARELA ABZUARDE ANGY MILAGROS	06/02/2026		21922620	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 05/02/2026 22:22:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.165.204, 192.230.104.14, 172.16.42.57

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016098264	0|6|0|2|2|0|2|6

. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1. tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afil acion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de famili ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
VARELA (Primer apellido)	ABZUARBE (Segundo apellido)	ANGY (Primer)	MILAGROS (Segundo nombre)
7. Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	PT 7089888	Femenino ☐ Masculino	07 1|2|1|9|93

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
8	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AURA ARL	NO APLICA	1750905

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CRA 121 145 - 63		3219839288	ANGYMVARELA93@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐	SUBA	CUNDINAMARCA

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento 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				25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			Femenino	Masculino	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición I	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						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		
	-	-
	-	-
	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LOGSTICSLG SERVICE SAS	NIT	901918968	01

39.Ubicación

DIAGONAL 146 128 - 5 (Dirección)	3204761707 (Teleéfono)	A.GORDILLOGRUPOALIANZA@GMAIL..COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	CUNDINMARCA (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|6|0|2|2|0|2|6

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 Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

- 56. ☐ Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- 57. ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- 59. ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- 60. ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 61. ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- 62. ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscri ta 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

~~C. 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.



Angy Varela

Soy una persona proactiva, excelente compañera de equipo, organizada y responsable.
Busco un puesto dinámico para continuar sumando experiencia y conocimientos.

• DATOS PERSONALES

Nombre: Angy Milagro Varela Abzuarde

F. Nacimiento: 07/12/1993

Nacionalidad: Venezolana

PEP: 803331007121993

Pasaporte: 056427183

• CONTACTO

Celular: (+57) 3228505057

Correo: angyvarela2204@gmail.com

Dirección: Transversal 13#10b-13, Barrio San Martín

• EDUCACIÓN

Unidad Educativa Dr. José Gregorio Hernández

Educación Secundaria

Año Graduación 2010

Inforcal

Técnico Medio en Administración de empresa

Año de Graduación 2014

• EXPERIENCIA LABORAL

Mesera

Restaurante Escuela de Policia , Enero 2025 - Octubre 2025

- Recepción de Clientes. Auxiliar de cocina,
- Limpieza del restaurante, Atención caja.

Mesera

Restaurante La vieja Estancia , Diciembre 2023 - Octubre 2024

- Recepción de Clientes. Ayuda labores de cocina ,
- Asistencia a mesa de entradas, limpieza del restaurante

Mesera

Restaurante El gran Fogon , Abril 2022 - Agosto 2022

- Recepción de Clientes. Ayuda labores de cocina ,
- Asistencia a mesa de entradas, limpieza del restaurante

Encargada

Restaurante de Comida Mexicana Febrero 2019 - Marzo 2020

- Recepción de Clientes. Cajera, administrativa,
- Asistencia a mesa de entradas. Atención de clientes, Colaborar con el Aseo del restaurante.

ARL | sura

Medellín, 05 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 LOGISTICS L.G. SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C53925002	AVILAN CRUZ MARIA ANGELICA	06/02/2026		28442051	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 05/02/2026 22:52:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.165.204, 192.230.104.14, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016098297	0|6|0|2|2|0|2|6

. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1. tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afil acion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
AVILAN (Primer apellido)	CRUZ (Segundo apellido)	MARIA (Primer nombre)	ANGELICA (Segundo nombre)

7. Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	53925002	Femenino ☐ Masculino ☐	22 0|1|1|9|8 4

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
ô	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SURA ARL	PROTECCION	1750905

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CRA 10 52 - 36		3204971895	PROSERJP25@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
SIBATE	Urbana ☒ Rural ☐	PUENTE ARANDA	CUNDINAMARCA

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento 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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C			
		-	-
		-	-
		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LOGSTICSLG SERVICE SAS	NIT	901918968	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
DIAGONAL 146 128 - 5	3204761707	A.GORDILLOGRUPOALIANZA@GMAIL..COM	BOGOTA	CUNDINMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

II. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|6|0|2|2|0|2|6

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

III. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.

48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .

50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013

53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

IV. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva institucional o de oficio

V. ANEXOS

56. ☐ Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

57. ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

59. ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

60. ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

61. ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

62. ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscri ta 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

VI. 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 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 documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

minerva
10-03

www.formasminerva.com

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACION GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
AVILAN CRUZ	MARIA ANGELICA
Fecha de Nacimiento D 22 M 01 A 1984	**Lugar de Nacimiento**
Dirección domicilio / Barrio CR 70 #4B-57 Balcones de san jose	**Ciudad**
Teléfono	**No. Celular** 3209477895
Correo electrónico angelicaykiran@6Hail.com	**Nacionalidad** COLOMBIANA.
Profesión, ocupación u oficio SERVICIOS GENERALES	**(*) Estado civil** SOLTERA

Años de experiencia laboral

DOCUMENTACION (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: ☐ N° 53925002	(**) Libreta militar N° ____ Primera clase: ☐
Extranjería: ☐ Expedida en:	Distrito N° ____ Segunda clase: ☐
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si ☐ No ☒ — Licencia de conducción N° — Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

SOY UNA PERSONA QUE ASUME CON DEDICACIÓN Y ENTREGA LAS FUNCIONES Y LOS OBJETIVOS QUE ME SEAN DELEGADOS BASADOS EN LA RESPONSABILIDAD, DISIPLINA PARA OBTENER UN RESULTADO SATISFACTORIO

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☐ No ☒	¿En qué empresa?	Empleado ☐ Independiente ☐	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☐ No ☒	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si ☐ No ☒	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si ☐ No ☐ — Nombre — Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No ☒	Nombre — Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☒ Amigo ☐ Redes Sociales ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si ☐ No ☒	Vive en casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☒ ¿Alquilada? ☐	Nombre del arrendador	Teléfono — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☒	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1'300 000
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? Lo que merezca la misma
¿Cual es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si ☐ No ☐ — ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Si ☐ No ☐ ¿Cuál(es)?

52456121

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

REV

Powered by CamScanner

2

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad

N° de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Maria Cleofe Cruz	Hogar	3224692649
Tairo Avila	Independiente	3193267534
Nombre(s) hermanos(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Nataly Avilan Cruz	Independiente	3193071174

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐					
Tecnológico ☐					
Profesional ☐					
Postgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Si ☐ No ☐			

Nombre de la institución	Horario	Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)**

Sistemas Si ☐ No ☐ ¿Que programas maneja?	1.	R B MB	3.	R B MB
	2.	R B MB	4.	R B MB

Idiomas Si ☐ No ☐ ¿Qué idioma(s) conoce?		Escucha	Lectura	Escritura	Habla
	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE LA ULTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la ultima o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Servi especiales			

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Servicios generales		D 2 M 2 A 25	D 15 M 6 A 26	$	$

Funciones realizadas	Servicios generales - aseo y lo que en su momento requiera mi servicio
Nombre de su jefe inmediato	Cargo Servicios varios
Logros obtenidos	Aprobación de mi puesto

Tipo de contrato Indefinido ☐ Fijo ☐	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐	Otro ☐ ¿Cual?
Horario de trabajo	Tiempo completo ☒ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐	**Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐	
Motivo del retiro	Personales		

minerva

Powered by CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) (por orden)	Área del cargo	Fecha ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
		D M A	D M A	$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Obra ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Rotativo ☐ Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) (por orden)	Área del cargo	Fecha ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
		D M A	D M A	$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Obra ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Rotativo ☐ Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos personas de parentesco distintos a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Alejandra Rojas C.	Peluquera	Barrio Bolívar	3133863776
2.				

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Harrison Sánchez Avila	—	Bolívar Sonsón	3053157201
2.	Maria Cleofe Cruz	Hogar	—	3224697649

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] Marque con una X

Nota Importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

Maria angelica cruz

c.c. 33925002

minerva

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 05 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 LOGISTICS L.G. SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1014186411	CAMARGO RAMIREZ VALERY MILENA	06/02/2026		k2207181	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 05/02/2026 22:58:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.165.204, 192.230.104.14, 172.16.42.57

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016098308	0|6|0|2|2|0|2|6

. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1. tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afil acion — B. Colectiva ☐ — A. Individual: -Cotizante Cabeza de famili ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ — B. Institucional ☐ — B. De oficio ☐

3.Regimen — Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
CAMARGO (Primer apellido)	RAMIREZ (Segundo apellido)	VALERY (Primer nombre)	DAYAN (Segundo nombre)

7. Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1014186411	Femenino Masculino ☐	28 |0|6|2|005

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
8	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SURA ARL	PORVENIR	1750905

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CRA 10 52 - 36		3204971895	PROSERJP25@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
SIBATE	Urbana ☒ Rural ☐	PUENTE ARANDA	CUNDINAMARCA

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento 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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		
	-	-
	-	-
	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LOGSTICSLG SERVICE SAS	NIT	901918968	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
DIAGONAL 146 128 - 5	3204761707	A.GORDILLOGRUPOALIANZA@GMAIL..COM	BOGOTA	CUNDINMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

II. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|6|0|2|2|0|2|6

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

III. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

III. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliacion colectiva institucional o de oficio

V. ANEXOS

- 56. ☐ Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- 57. ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- 59. ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- 60. ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 61. ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- 62. ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscri ta 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

VI. 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

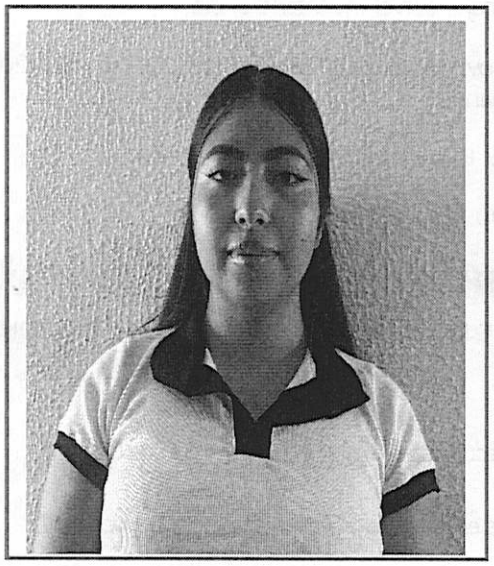
70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.



ValeryDayan CAMARGO RAMIREZ

C.c 1.1014.186.411

SOBRE MI

Soy una persona responsable y comprometida con mi trabajo, emprendedora y con aptitud de aprendizaje para todas las áreas de desempeño con iniciativa para la realización de nuevas actividades y trabajo en equipo con capacidad de liderazgo buenas relaciones interpersonales y actitud positiva frente al cambio.

Mi principal objetivo laboral es contribuir de manera activa con el cargo a desempeñar con aportes que sean beneficiosos para este, ser una persona proactiva y conocedora de todas las funciones laborales con el fin de convertirme en un organismo multifuncional además de tener posibilidades de crecimiento, aprendizaje y asenso

CONTACTO

☎ 3248312311- 3103820596

camargoramirezvalerydaya n@ gmail.com

HERRAMIENTAS

- excel
- word office
- canva

FORMACIÓN ACADEMICA

TECNICO NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES
SENA 2023-2024

BACHILLER ACADEMICO
Instituto bolivariano
2023

EXPERIENCIA LABORAL

S.O.S MOTOS

FUNCIONES:

- Atención al cliente: Brindar asesoria de acuerdoa la nececidad del cliente
- Apoyo en caja: Gestionar operaciones de cobro y Manejo de efectivo.
- Organización de bodega: Tener en optimas condiciones mi espacio de trabajo, con el inventario al dia.

Desde 19 de septiembre del 2024 - Hasta el 27 de marzo del 2025

Jefe inmediato: Fairux Andrea Sosa

Tel: 313 352 25 45

EXPERIENCIA LABORAL

CASA DE EVENTOS ELITE

FUNCIONES:

- Logistica operativa: Debido manejo de personal.

Scanned with CamScanner

• Apoyo en caja: Gestionar operaciones de cobro y Manejo de efectivo.

• Organización de bodega: Tener en optimas condiciones mi espacio de trabajo, con el inventario al dia.

Desde 07 de noviembre de 2023 - Hasta el 26 mayo de 2025 (Fines de semana)

Jefe inmediato: Blanca Liseth Tequia Pedraza

Tel: 322 765 90 30

EXPERIENCIA LABORAL

INSTITUTO DE LAS HIJAS DE LOS SAGRADOS CORAZONES

FUNCIONE:

• Auxiliar de recursos humanos: Realizar bases de datos

• Apoyar en los estudios para el reclutamiento del personal

•Gestionar debidos procesos a afiliaciones de prestaciones sociales

• Apoyo contable en nomina

Desde el 23 de septiembre de 2023 - Hasta 03 de abril de 2024 (Practicas Sena)

Jefe inmediato: Luisa Fernanda Cardozo Gonzales

Tel: 311 544 16 04

REFERENCIA PERSONAL

Yudy Alejandra Grisales

Cargo: Ingeniera De Alimentos

Tel: 314 269 67 22

Karen Brigitte Quintero Diaz

Cargo: Auxliar de almacen

Tel: 302 370 20 24

REFERENCIA FAMILIAR

Daniel Felipe Ordoñez Ramirez

Cargo: Mecanico Indrustrial

Tel: 300 636 61 14

Allison Michelle Castellanos Ramirez

Cargo: Promotora de venta, atencion al cliente

Tel: 320 300 75 03

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 05 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 LOGISTICS L.G. SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79221671	GIL MORALES EDWIN ANDRES	06/02/2026		25125522	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 05/02/2026 22:48:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.165.204, 192.230.104.14, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación	Fecha de Radicación
034168-1	06 | 02 | 2026

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

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

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

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: GIL	Segundo apellido: MORALES	Primer nombre: EDWIN	Segundo nombre: ANDRES

7. Tipo documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79221671	Femenino [ ] Masculino [✓]	15 | 06 | 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingresos base de cotización - IBC
SURA ARL	PORVENIR	1.750.905

18. Residencia			
Dirección: CALLE 102 A 70 - 79	Teléfono:	Teléfono celular: 3157502059	Correo electrónico: edangilmor@gmail.com
Municipio/Distrito: BOGOTA	Zona: Urbana [✓] Rural [ ]	Localidad/Comuna: SUBA	Departamento: CUNDINAMARCA

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 completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número de 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 completos: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de 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		

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 pensiones (a registrar por la EPS)
LOGISTCS LG SERVICE SAS	NIT	901918968	

39. Ubicación				
Dirección: DIAGONAL 146 128 - 53	Teléfono: 3204761707	Correo electrónico: A.GORDILLOGRUPOALIANZA@GMAIL.COM	Municipio/Distrito: BOGOTA	Departamento: CUNDINAMARCA

VERSIÓN 1 (09/2023)

capitalsalud EPS

Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección 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 condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad — [x] 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 de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		06 02 2026

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

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.
- [ ] 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 vigente 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.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Edwin G. Morales

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad	[ ]	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Total [1]

- [ ] 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 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.

Capital Salud

Fecha 06 FEB 2026

Asesor Patricia M

RECIBIDO PARA ESTUDIO

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		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

MOVILIDAD DEL SUBSIDIADO AL CONTRIBUTIVO

Primer Pago 1 Marzo / 2026

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.

Vigilado Supersalud

minerva
10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D 10 M 02 A 2026	Auxiliar de cosina.

I. INFORMACION GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Gil Morales	Edwin Andres.
Fecha de Nacimiento	**Lugar de Nacimiento**
D 15 M 06 A 1984	Soacha Cundinamarca.
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Calle 6c # 102-81	Bogota.
Teléfono	**No. Celular**
3180944667	318 094 4567.
Correo electrónico	**Nacionalidad**
edwin papi60@gmail.com	colombia.
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral**
Empleado	Soltero / 25 años

DOCUMENTACION

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X] N° 79221671	(**) Libreta militar N° 79221671	Primera clase: [X]
Extranjería: [ ] Expedida en:	Distrito N° 59	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Una persona responsable ordenada y con buenas ganas para desarrollar mis labores diarias.

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [X] No [ ]	¿En qué empresa? Calipso	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato Indefinido
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ] Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [ ] Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [X] ¿Cuál?		
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [X] No [ ]	Vive en casa: ¿Familiar? [X] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador Jhon Arias	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 2 meses.
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X] Descríbalo e indique su valor mensual			¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial?
¿Cuál es su principal afición? Trabajar	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

502016612

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

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente de usted: 2	Parentesco: HIJOS	Edades: 4 Y 16 AÑOS	
Nombre(s) padre(s): Luis Alberto Gil	Profesión, ocupación u oficio: Fallecido.	Teléfono(s)	
Maribel Morales	Ama de casa.		
Nombre(s) hermanos(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)	
Angie Lorena	independiente.		

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐ Tecnológico ☐ Profesional ☐					
Postgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Si ☐ No ☐	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución	Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐	

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)**

Sistemas Si ☐ No ☐	1.	R B MB	3.	R B MB			
¿Que programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB			
Idiomas Si ☐ No ☐	1.	Escucha: R B MB / R B MB	Lectura: R B MB / R B MB	Escritura: R B MB / R B MB	Habla: R B MB / R B MB		
¿Qué idioma(s) conoce?	2.						

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES, ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa: Trabajador independiente.	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A

Sueldo Inicial $	Sueldo Final $		

Funciones realizadas			
Nombre de su jefe inmediato	Cargo		
Logros obtenidos			
Tipo de contrato Indefinido ☐ Fijo ☐	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐	Otro ☐ ¿Cual?
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐	**Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐		
Motivo del retiro			

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
				$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
				$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Fernando Castro	JEFE	San mateo.	3145714074.
2.				

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Maritza Gil	Operaria.		310 300 9167
2.	Maribel Morales	Ama de casa		320 334 2268

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐ Marque con una X

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C.

VIII. NOTAS ADICIONALES

ARL | sura

Medellín, 05 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 LOGISTICS L.G. SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1000226796	RODRIGUEZ ROJAS PAULA VALENTINA	06/02/2026		140I44J9	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 05/02/2026 23:10:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.88.165.204, 192.230.104.14, 172.16.42.57

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 06 02 2026

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación — B. Reporte de Novedades: X	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia; - Beneficiario o Afiliado adicional — B. Colectiva — C. Institucional — D. De Oficio	A. Contributivo: X — B. Subsidiado	Si — No: X

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante: X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional	A. Dependiente: X — B. Independiente — C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
RODRIGUEZ	ROJAS	PAULA	VALENTINA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
C.C	1000226796	Femenino — Masculino: X	F: X — M — T — NB — Otro		COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA	2 0 0 4 2 0 0 1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
6		Si — No: X — Categoría de discapacidad	Si — No: X	Nivel — Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA ARL	PORVENIR	1.750.905	N / A

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CALLE 17 A 68 D - 97	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3011157698	paulavrodriguez2001@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CUNDINAMARCA	SOACHA	CENTRO	Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural: X

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro		

33. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

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

	35. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino — Masculino	F — M — T — NB — Otro — Cual	País — Departamento — Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensione (a registrar por la EPS)
LOGISTICS LG SERVICE SAS	NIT	901918968	

59. Ubicación
Dirección: DIAGONAL 146 128 - 53
Teléfono fijo o Celular: 4801621
Correo Electrónico: a.gordillogrupoalianza@gmail.com
Departamento: CUNDINAMARCA
Municipio / Distrito: BOGOTA

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [X] 14. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F M T NB Otro — Cual)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS SANITAS	06 02 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 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.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 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.
- [ ] 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.
- [ ] 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.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. 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
PAULA VALENTINA RODRIGUEZ	ARMANDO GORDILLO

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 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.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 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.
- [ ] 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.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 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

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 del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES: CARGO: MESERA

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

B. REPORTE DE NOVEDADES

minerva 10-03

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACION GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Rodriguez Rojas	Paula Valentina.
Fecha de Nacimiento (D / M / A)	**Lugar de Nacimiento**
20 / 04 / 2001	Bogota D.C
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Call 10 #2-78 · La Reserva 12.	Sibate · Cundinamarca.
Teléfono	**No. Celular**
	3103460444.
Correo electrónico	**Nacionalidad**
Pr9880842@Gmail.com	Colombiana.
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
Operaria,	Soltera.

Años de experiencia laboral: 5 años.

DOCUMENTACION

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X]	N° 1000226796	(**) Libreta militar N°	Primera clase: [ ]
Extranjería: [ ]	Expedida en: Bogota	Distrito N°	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción N°	Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Bachiller academico, Con experiencia laboral Como operaria de produccion y oficios Varios, Con Capacidad de adaptacion en el ambito laboral.

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [X] No [ ]	¿En qué empresa? Calipso	Empleado [X] Independiente [ ]	Tipo de contrato Indefinido.
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [X] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [X] No [ ]	Fecha (D / M / A) 20 / 10 / 2025	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [X] — Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [ ] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [X] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [ ] No [X]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]	Nombre del arrendador Jhon	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 meses.
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1'200000.
¿Por qué conceptos? Vivienda, Vestuario, alimentacion, educacion.			¿Cuánto es su aspiración salarial? Asignado.
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?

5020166127

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

IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
N° de personas que dependen económicamente de usted 2	**Parentesco** Hijos	**Edades** 2 años, 1 año.	
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Nubia paola Rojas Parra	Independiente.	302 8634534.	
Javier mauricio Rodriguez M	Independiente.		
Nombre(s) hermanos(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACION	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	2012	5	Primaria	I.E Los Pinos	Bogotá
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]	2014	11	Bachillerato.	I.E Nuevo Compartir	Soacha.
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Postgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Si [ ] No [X]	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución	Horario	Diurno [ ]	Fin de semana [ ]
		Nocturno [ ]	A distancia [ ]

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R-Regular (50 a 60%) B- Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno (81 a 100%)**

Sistemas Si [ ] No [X]	1.	R B MB	3.	R B MB			
¿Que programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB			
Idiomas		Escucha	Lectura	Escritura	Habla		
Si [ ] No [X]	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Calipso.		Escuela de Policia	

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Oficios Varios.				$ Asignado	$ Asignado.

Funciones realizadas: Auxiliar Cocina, Aseo, atencion al cliente.

Nombre de su jefe inmediato: Gerley Borda — Cargo: Jefe.

Logros obtenidos: Experiencia laboral

Tipo de contrato Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [X] Otro [ ] ¿Cual? — Contrato por medio de agencia [ ]

Horario de trabajo: Tiempo completo [X] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [ ] **Jornada:** Diurna [X] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
				$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial	Sueldo Final
				$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cual?

Horario de trabajo Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ **Jornada:** Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Nidia Paola Rojas	Independiente.		302 863 95 39
2.	Elizabet Rojas	Ama de casa.		302 745 3145.

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Oscar Ortiz	empleado		301 600 04 12
2.	Jazmin mora	empleado		301 367 4236.

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] Marque con una X

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C. Paula Rodriguez

VIII. NOTAS ADICIONALES