AGENCIA PARA LA INFRAESTRUCTURA DEL META
NIT. 900220547-5

HOJA CONTROL DOCUMENTAL

131-GDC-FR-001-V04
09/09/2024

SERIE:	120-10
SUBSERIE:	120-10-04
No. CARPETA:	556
DESCRIPCIÓN CARPETA:	**CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES PARA LA CONEXIÓN PACÍFICO – ORINOQUÍA – VÍA URIBE – CRUCE VERSALLES – PAPAMENE – ALTO DE LAS CRUCES EN EL MUNICIPIO DE LA URIBE DEPARTAMENTO DEL META" **CONTRATO N° 779 22 PY 031-22 INF N°34 PARC N°12 C14-32 C556**

ITEM	DESCRIPCIÓN TIPO DOCUMENTAL	FOLIOS
27.	Informe componente seguridad y salud en el trabajo	106987-107186

Fecha de Elaboración:		Nombre del Archivo en el SIGA	779 22 PY 031-22 INF N°34 PARC N°12 C14-32 C556

Firma	Firma
Nombre: **FERNANDO VERA BARRERA**	Nombre: **DAGOBERTO CABRALES CONTRERAS**
Cargo: DIRECTOR DE OBRA	Cargo: DIRECTOR DE INTERVENTORIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/01/2026, el empleador LUIS ALVARO CASTILLO identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 7302329 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9763882	13/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1058727690	DUVIERJHOANNY ALOS YOTENGO	1750905	AYUDANTE DE ALBA?ILERIA	2026-01-14

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

1069827

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 13 de enero de 2026, a las 11:21:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1058727690
Código de Verificación	1058727690260113112151

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: ac857324-074a-46a3-8eba-fd734ec3fc34

Nombres y apellidos / Full name

DUVIER JHOANNY ALOS YOTENGO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 5 8 7 2 7 6 9 0

Fecha de nacimiento / Date of birth

08/04/2006

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3227642556

Correo electrónico / e-mail

notiene@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Fiebre Amarilla	Única	5	11	2024	Fabricante	231VFC005Z	ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL	RUTH ESTHER LERMA ANGULO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

069901

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.058.727.690



Apellidos
ALOS YOTENGO

Nombres
DUVIER JHOANNY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
M

Fecha de nacimiento
08 ABR 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CALDONO (CAUCA)

Fecha y lugar de expedición
27 MAYO 2024 URIBE

Firma

Fecha de expiración
27 MAYO 2034

COL

04722076

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL04722076252074<<<<<<<<<<<
0604084M3405271COL1058727690<3
ALOS<YOTENGO<<DUVIER<JHOANNY<<

166901

ARL | sura

106992

Medellín, 13 de January 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 CASTILLO LUIS ALVARO.

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 URIBE -META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1058727690	ALOS YOTENGO DUVIER JHOANNY	14/01/2026		c2361932	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 13/01/2026 10:11:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.32.59, 198.143.41.7, 172.16.42.57

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:20:28 AM horas del 13/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1058727690**

Apellidos y Nombres: **ALOS YOTENGO DUVIER JHOANNY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

106993

Colpensiones

106994

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

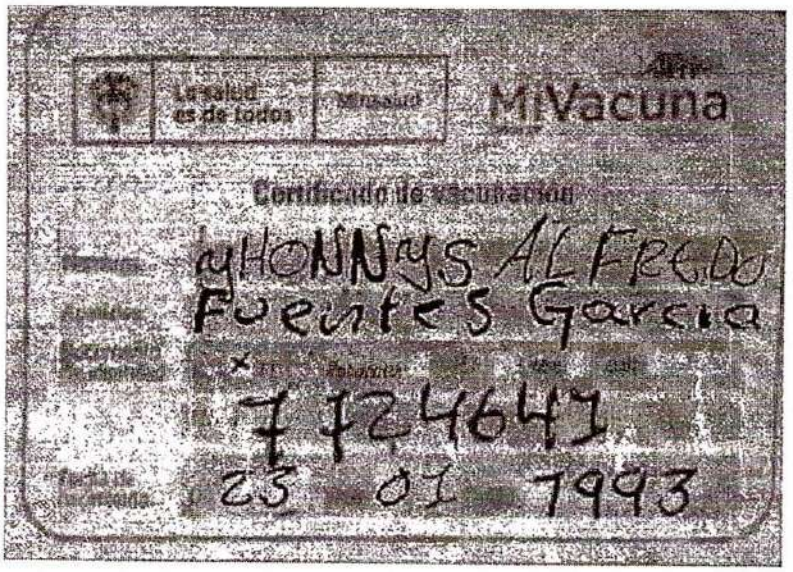
Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DUVIER JHOANNY ALOS YOTENGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1058727690,** se encuentra afiliado/a desde **30/09/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

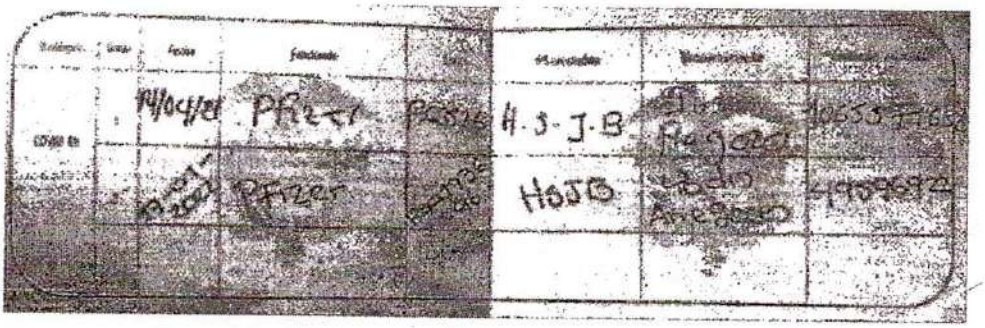
La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de enero de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

1069995


La salud es de todos
MiVacuna
Certificado de vacunación
JHONNYS ALFREDO
Fuentes Garcia
7724643
23 01 1993


PFIZER
PFIZER
H-3-J-B
HOJO

Cruz Roja Colombiana

Seccional Meta

Teléfono 670 3838 Línea de emergencia 132 Cra. 30 No. 39-30
Centro - Villavicencio - Meta www.cruzrojameta.org

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

7313

NOMBRE: Yhonnys Alfredo Fuentes Garcia

DOC. IDENTIDAD 22931007

FECHA DE NACIMIENTO 28/01/1993 SEXO M

TELÉFONO 3144388272

VACUNA	DOSIS	FECHA	FABRICANTE	LOTE No.	NOMBRE VACUNADOR
VARICELA	1 Dosis				
	2 Dosis				
FIEBRE TIFOIDEA	Unica				
TRIVIRAL (SARAMPIÓN RUBÉOLA PAPERAS)	Unica				
MENINGOCOCO					
NEUMOCOCO					
HEPA+B	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)	1 Dosis				
	2 Dosis				
	3 Dosis				
ANTI INFLUENZA	Año 1				
	Año 2				
	Año 3				
HERPES ZOSTER	UNICA				

VACUNA	DOSIS	FECHA	FABRICANTE	LOTI
ANTI AMARILICA Fiebre	Unica	14/04/25	Fiocruz	2340
TOXOIDE TETÁNICO	1 Dosis	14/04/25	Sanofi	X301
	2 Dosis	14/05/2025		
	3 Dosis	/ /		
	1 Ref			
	2 Ref.			
TOXOIDE DIFÉRICO	1 Dosis			
	2 Dosis			
	3 Dosis			
	4 Dosis			
	5 Dosis			
ANTI HEPATITIS B	1 Dosis			
	2 Dosis			
	3 Dosis			
ANTI HEPATITIS A	1 Dosis			
	2 Dosis			
DPT	Unica			

ESPECIALES

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE **minerva** 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
mesefas	D 25 M 04 A 2025.		

I. DATOS PERSONALES

(*) Pregunta opcional Art. 1 decreto 1637 de 1978 — (*) Pregunta opcional Ley 13 de 1972 Art. 3 Convenio 111 OIT

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Fuentes	Garcia	Yhonnys Alfredo

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Oficios varios		$

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
ciudad Bolivar	D 23 M 01 A 1993	Unión Libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Jardín de Perez		3144388272

Cédula de ciudadanía: N° 22931007	(**) Libreta militar N°
Expedida en: Venezuela	Distrito N° Primera clase: Segunda clase:

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si No X			

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si No		Empleado Independiente	

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Bachillerato	Establecimiento Unidad educativa Bauxidem	Ciudad Bolivar	Último grado cursado 11	Fecha 2011
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación Técnica Tecnológica Profesional		

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos tres empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita dar más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Legis - Prohibida toda reproducción total o parcial, sin la expresa autorización escrita de Legis, bajo cualquier medio conocido o por conocer, así pedido de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley natural.

106928

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016116310	2|4|0|1|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	SI ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
FUENTES (Primer apellido)	GARCIA (Segundo apellido)	YHONNYS (Primer nombre)	ALFREDO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo Identificación
CC	7724641	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: META	Municipio: VILLAVICENCIO		3|0|0|3|1|9|8|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad		19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
6		Si ☐	No ☒	SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	
		Categoria Discapacidad					

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia				
CL 12 35 05 (Dirección)	Telefono fijo	3103215454 (Telefono celular)	YHONNYS@GMAIL.COM (Correo electronico)	
META (Departamento)	VILLAVICENCIO (Municipio/Distrito)	COMUNA 6 (Localidad / comuna)	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	País:	Departamento:	Municipio:	

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 documento de Identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificacion SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	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			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS TORRE 33 - VS TORRE 33	VSTORRE33 - VSTORRE33
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES BEJARANO SAS	NIT	901013437	01

59.Ubicación				
CL 14 N 18C 04 (Dirección)	4721834 (Telefono fijo o celular)	YHONNYS@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Departamento)	BOGOTA (Municipio/distrito)

106999

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1

Version: 20

Dependencia Generadora: **División de Subsidios** | Código: PD-178-01-F01 | F. Vigencia: 2025-02-18

Para su diligenciamiento, letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

SELECCIONE TIPO DE AFILIACIÓN SOCIAL

Fecha de Diligenciamiento: 23 | 01 | 2026 | Afiliación primera vez | X Adición personas a cargo | Reafiliación | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: Construcciones Bejarano S.A.S | NIT | CC | CE | No. 901013437

Dirección Principal Empleador: Cll 22 Cra [illegible] | Celular: 3182253719

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Montes | Segundo Apellido: Garcia | Nombres: Yhonys Ovidio | CC | TI | CE | PEP | PPT | No. 77246 41

Fecha de Nacimiento: 23 | 01 | 1993 | Fecha de Expedición Documento: 04 | 02 | 2013 | Sexo: M | F | NB | Celular:

Cargo: Auxiliar de Obra | Salario Básico Mensual: 1750 905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato | F | I

Fecha de Ingreso: 23 | 01 | 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: Centro Poblado | Barrio/Vereda: Cruce | Ciudad/Municipio: Meta | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: Cll 22 Cra | Barrio/Vereda: Cruce | Ciudad/Municipio: Meta | Rural | Urbano | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

SEÑALE CON UNA X

ESTADO CIVIL: Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a)

ORIENTACION SEXUAL: Heterosexual | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica Adultos	Secundaria Adulto	Media Adultos
1ª Infancia	Técnico Profesional	Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado/Maestría	Secundaria Normalista / Ninguno	Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano	Indígena	Comunidad Negra	Palenquero	Room/Gitano	No disponible	No se autoreconoce

Raizal del Arch. de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad	Desplazado	Damnificado Desastre Natural	Desmovilizado o Reinsertado	Población Zonas Fronteras	No disponible
Vic. Conflicto Armado no Desplazado	Ejercicio Trabajo Sexual	Hijo(a) Familia de Madre Cabeza	Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado	Población Migrante	No aplica

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC | TI | CE | PEP | PPT | No.

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección: | Barrio: | Ciudad:

Correo Electrónico: | Celular:

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Profesión: | Salario Básico Mensual $: | Recibe Cuota Monetaria | SI | NO

DATOS DE PADRES, HIJOS, HERMANOS Y DEMÁS PARIENTES QUE DEPENDEN DE USTED O ESTÁN BAJO SU CUSTODIA

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que con el fallecimiento de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la mujer autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para estos beneficiarios debera aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizo para reclamar las cuotas monetarias es diferente al conyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos:

Nombre: | Correo electrónico: | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de desafiliación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. autorizo de manera voluntaria y explícita a los servidores y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co información que será utilizada para las siguientes finalidades:

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí mismo o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidios Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con la Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos: autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico: protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Visitado Superintendencia

Yhonys Montes

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio o Chanta en Velavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

FUENTES GARCIA YHONNYS ALFREDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **7.724.641**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ARL | sura

Medellín, 23 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
X7724641	FUENTES GARCIA YHONNYS ALFREDO	24/01/2026		59167919	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 23/01/2026 16:23:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 198.143.41.36, 172.16.42.57

20010

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

NO. 7724641

COL

FUENTES GARCIA
APELLIDOS

YHONNYS ALFREDO
NOMBRES



VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

22931007
DNI Nro.

23-01-1993
FECHA DE NACIMIENTO

04-08-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLE

YHONNYS FUENTE

FIRMA

E1265072



INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL7724641<<9<<<<<<<<<<<<<<<
9301238M3105308VENE1265072<<<1
FUENTES<GARCIA<<YHONNYS<ALFRED

1

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad: mesetas | Fecha: 25 - 04 - 2025 | Empleo o cargo solicitado: | Código cargo:

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido: Ballesteros | Segundo apellido: | Nombres: Ricardo

Profesión, ocupación u oficio: Ayudante de construccion | Años de experiencia laboral: | ¿Cuánto es su asignación mensual? $

Lugar de nacimiento: Bogota | (*) Fecha de nacimiento: 07 - 04 - 1983 | (*) Estado civil: union libre

Dirección residencia: Jardin de peñas | Barrio: | Teléfono: 3132132067

Cédula de ciudadanía N°: 80769234 | (*) Libreta militar N°: 80769234

Expedida en: Bogota | Distrito N°: | Primera clase: X | Segunda o más:

FOTOGRAFIA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms

Licencia de conducción: | ¿Vivienda propia? SI [ ] NO [X] | Nombre del arrendador: | Teléfono: | Valor del arriendo:

¿Está trabajando actualmente? SI [ ] NO [ ] | ¿En qué empresa? | Empleado [ ] Independiente [ ] | Tipo de contrato:

II. EDUCACION Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Institución educativa Jardin de Peñas	mesetas	quinto	
Bachillerato				
Educación Superior				

Título obtenido y/o especialidad: | Tipo de formación: Técnica [ ] Tecnológica [ ] Profesional [ ]

¿Qué estudios realiza actualmente? | Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa: | Dirección: | Teléfono(s):

Nombre de su jefe inmediato: | Cargo(s) desempeñado(s) por usted:

Funciones realizadas:

Fecha de ingreso: | Fecha de retiro: | Sueldo inicial: $ | Sueldo final o actual: $

Motivo del retiro:

Verificación: (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa: | Dirección: | Teléfono(s):

Nombre de su jefe inmediato: | Cargo(s) desempeñado(s) por usted:

Funciones realizadas:

Fecha de ingreso: | Fecha de retiro: | Sueldo inicial: $ | Sueldo final: $

Motivo del retiro:

Verificación: (Espacio exclusivo para el entrevistador)

10003

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERIA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERIA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficos		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCION		INFORMÁTICO			

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Celmira melo	Ama de casa		
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente del solicitante: 4	Parentesco: HIJOS	Edades: 19, 16, 14, 9	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio		
Adela ines Ballesteros	Ama de casa		

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Andres Betancourt	Ayudante de construc	Jardín de Peñas	3203990096
2.-	Jairo Heredia	Ayudante de construcción	Jardín de Peñas	3117625264

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa? Anuncio [ ] Amigo [X] Agencia [ ] Otro [ ]

¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si [ ] No [ ]

Nombre de la persona que lo recomienda

División o departamento

Si tiene parientes en esta empresa mencionelos

Nota importante
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir 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 Núm. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante
Ricardo Ballesteros
C.C 80769234

VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:

Vo. Bo. como candidato. Firma | Fecha

Concepto segundo entrevistador:

Vo. Bo. como candidato. Firma | Fecha

Conclusiones

Fecha

Candidato seleccionado definitivamente Si [ ] No [ ]

Candidato elegible próximamente Si [ ] No [ ]

Contrátese a partir del | Sueldo $

Cargo | Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación



Cruz Roja Colombiana
Seccional Meta

Teléfono 670 3838 Línea de emergencia 132 Cra. 30 No. 39-30
Centro - Villavicencio - Meta www.cruzrojameta.org

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL 73132

NOMBRE: Ricardo Gallesteros

DOC. IDENTIDAD 80769234

FECHA DE NACIMIENTO 07/04/83 SEXO M

TELÉFONO 3132132067

2025/04/14 10:16
Granada, Colombia

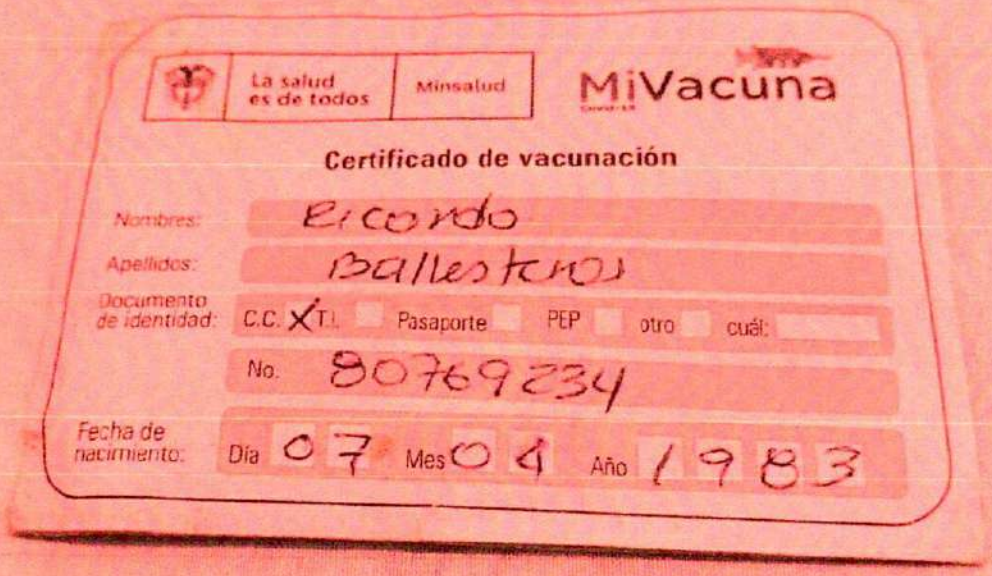
900601

VACUNA	DOSIS	FECHA	FABRICANTE	LOTE No.	NOMBRE VACUNADOR
VARICELA	1 Dosis				
	2 Dosis				
FIEBRE TIFOIDEA	Unica				
TRIVIRAL (SARAMPION RUBEOLA PAPERAS)	Unica				
MENINGOCOCO					
NEUMOCOCO					
HEPAB	1 DOSIS				
	2 DOSIS				
	3 DOSIS				
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)	1 Dosis				
	2 Dosis				
	3 Dosis				
ANTI INFLUENZA	Año 1				
	Año 2				
	Año 3				
HERPES ZOSTER	UNICA				

VACUNA	DOSIS	FECHA	FABRICANTE	LOTE No.	NOMBRE VACUNADOR
ANTI AMARILICA	Unica	14/04/23	Fiocruz	23220531	Hospital Granada
TOXOIDE TETÁNICO	1 Dosis	4/04/25	sanofi	XBDO2412U	Soraya
	2 Dosis	4/08/2025			
	3 Dosis				
	1 Ref				
	2 Ref				
TOXOIDE DIFÉRICO	1 Dosis				
	2 Dosis				
	3 Dosis				
	4 Dosis				
	5 Dosis				
ANTI HEPATITIS B	1 Dosis				
	2 Dosis				
	3 Dosis				
ANTI HEPATITIS A	1 Dosis				
	2 Dosis				
DPT	Unica				

2025/04/14 10:16

Granada, Colombia



La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Ricardo

Apellidos: Ballesteros

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: ☐

No. 80769234

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 04 Año 1983

2025/04/14 10:16

Granada, Colombia

10000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	24 Julio 2021	Sinovac	20206537O	SRCO	Cristian fernandez	1001440770.
	2	21-Sep	Sinovac	2021 09000	SRCO AIPES	Jorge Reyes c.c. 1.033.695.303 Auxiliar de Enfermeria	

2025/04/14 10:16
Granada, Colombia

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva

Los diligenciamos las Instituciones Prestadoras de Salud con sus formatos

10 01 2026

BALLESTEROS RICARDO

CC - Cédula de Ciudadanía 80769234

COLOMBIANO COLOMBIA BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. 07 04 1983

6 SURA - CIA. SURAMERICANA D

PROTECCION $ 1.750.905 3207509348

CLL 70 SUR NO 12A-17 ESTE RICARDOBALLESTEROS22@GMAIL.COM BOGOTA D.C.

BOGOTA D.C. CIUDAD BOLIVAR

CONSTRUCCIONES BEJARANO NI - Número Identificación Tributaria 900183437 3195403708

CL 14 #8 B 04 CONSTRUCCIONESBEJARANOSAS@GMAIL.COM VILLAVICENCIO

RADICADO

10-01-2026

AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

BALLESTEROS RICARDO

CC - Cédula de Ciudadanía 80769234

07 04 1983 10 01 2026

Ricardo Ballesteros

Miguel Alberto Bejarano

- ORIGINAL: E.P.S. -

0070

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1 | Versión: 20

Dependencia Generadora: División de Subsidios | Código PD-170-01-F01 | F Vigencia: 2025-02-18

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

DATOS DE LA AFILIACIÓN (Marque con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 14 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliación | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: Construcción el bajarano sas. | X CC CE No 900134937

Dirección Principal Empleador: CL 37 B 20 A 57. | Celular: 3182353719

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Bailey | Segundo Apellido: leros | Nombres: Ricardo | X TI CE PEP PPT | No. 80.769.234

Fecha de Nacimiento: 09 04 1983 | Fecha de Expedición Documento: 25 10 2002 | Sexo: X F NB | Celular:

Cargo: Ayudar de obra | Salario Básico Mensual: 1950 965. | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: X 1

Fecha de Ingreso: 9 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: [illegible] | Barrio/Vereda: la uribe | Ciudad/Municipio: Uribe mela | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CL 37 B 20 A 57. | Barrio/Vereda: [illegible] | Ciudad/Municipio: [illegible] | Rural | Urbano | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

SE ES UNA X

ESTADO CIVIL: Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a) | ORIENTACION SEXUAL: Heterosexual X | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica Adultos	Secundaria Adulto	Media Adultos
1ª Infancia	Técnico Profesional	Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado/Maestría	Secundaria Normalista	Ninguno / Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible | No se autoreconoce | Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condicion Discapacidad	Desplazado	Damnificado Desastre Natural	Desmovilizado o Reinsertado	Población Zonas Fronteras	No disponible
Vic. Conflicto Armado no Desplazado	Ejercicio Trabajo Sexual	Hijo(a) Familia de Madre Cabeza	Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado	Población Migrante	No aplica

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A)

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC TI CE PEP PPT No.

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección | Barrio | Ciudad

Correo Electrónico | Celular

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Profesión: | Salario Básico Mensual $: | Recibe Cuota Monetaria: SI NO

DATOS DE PADRES, HIJOS, HERMANOS Y DEMÁS FAMILIARES BENEFICIARIOS ENGESTIONA

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F M	Parentesco	Discapacidad SI NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

ANTIGUOS EMPLEADORES (Para Cesantías)

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar será la única autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al conyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos | Nombre: | Correo electrónico: | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre aportes mínimos es causal de sanción según el artículo 65 de la ley 21 de 1982.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co , información que será utilizada para las siguientes finalidades

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general por sí misma o mediante su encargo o terceros como integrante del Sistema de Protección Social
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, ofertas, promociones o campañas relacionadas con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar
- Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con la Caja de Compensación Familiar de otros departamentos

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos nuestra siendo por obligación legal contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debemos mantenerlos

Los titulares podrán ejercer sus derechos actualizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen

Vigilado Supersubsidio

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

porvenir
sólo hay uno

1 of 1

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RICARDO BALLESTEROS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.769.234**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ARL | sura

Medellín, 07 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C80769234	BALLESTEROS RICARDO	08/01/2026		82N24623	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 07/01/2026 22:21:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 192.230.104.3, 172.16.42.57



REINEL RAMIREZ HERNANDEZ

Obrero de Construcción

3128949160

rey737702@gmail.com

KDX 116-28B Vereda La Palma
San Cayetano N.S

DATOS PERSONALES

Fecha de Nacimiento: 01 de abril 2001
Cédula: 1.193.240.322
Edad: 22 años
COLOMBIANO

PERFIL

Obrero de construcción y obra civiles. Me desempeño en oficios varios como encofrador, armado de acero, muros en mampostería y acabado de obra. Fundamental el trabajo en equipo, y competente en asumir responsabilidades objetivas de la misma actividad. Buena actitud y disponibilidad.

HABILIDADES

- Trabajo en equipo
- Ayudante encofrador
- Mamposteria
- Armado de acero
- Vaciado de concreto

EXPERIENCIA

2016 - 2019

AYUDANTE DE OFICIOS VARIOS

Trabajaba en construcción como ayudante de maestro en obras civiles, desarrollo empírico en oficios varios de la labor, tales como armado de hierro, mampostería y terminación de obra. Cabe resaltar que en algunas ocasiones me he desempeñado como maestro independiente.

2019 - 2020

NORFOSFATOS ROCA FOSFORICA

Obrero promedio de oficios varios como llenador, , bulteo y mantenimiento general de las instalaciones de la empresa. Trabajo en equipo y buena comunicación, exelente referencias laborales.

2021

VERTICES URBANOS

Contrato por 6 meses. Me desempeñaba como armador, encofrador o latero. Trabajo en equipo con oficiales y demás obreros, el proyecto era un edificio de apartamentos. Trabajo en alturas y experiencia de la mano de ingenieros.

REFERENCIAS LABORALES

PATRICIA PEÑARANDA

Contadora y gestora de talento humano
Empresa: Norfosfatos Roca Fosforica
(57) 3233964370

MAIRA ALEJANDRA GALVIS

Ingeniera Civil de Proyectos

10701

REFERENCIAS PERSONALES

MARLY TORRES CARDENAS
IMPULSADORA DE VENTAS
EMPRESA: METRO SUPERMERCADOS
(57) 3142620976

EDUARDO RODRÍGUEZ
SOLDADOR
(57) 3204195889

REFERENCIAS FAMILIARES

AMPARO HERNANDEZ
Madre cabeza de hogar
(57) 3133426044

ISABEL RAMIREZ
Hermana.
(57) 3169291812

107015

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.240.322
RAMIREZ HERNANDEZ
APELLIDOS
REINEL
NOMBRES

Reinel Ramirez H.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-2001
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

07-MAY-2019 SAN CAYETANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2507900-01081166-M-1193240322-20190706 0066048580A 2 53426729

10706

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1193240322
NOMBRES	REINEL
APELLIDOS	RAMIREZ HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO	CUCUTA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO "COMFAORIENTE" - CM	CONTRIBUTIVO	01/07/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/06/2024 12:23:00	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

10 01 2026

RAMIREZ HERNANDEZ REINEL

CC - Cédula de Ciudadanía 1193240322

COLOMBIANO COLOMBIA NORTE DE SANTANDER CUCUTA 01 04 2001

6 SURA - CIA. SURAMERICANA D

PORVENIR $ 1.750.905 3202158549

MZ 4 CASA 6 REINELRAMIREZHERNANDEZ@GMAIL.COMMETA

LA URIBE CENTRO

CONSTRUCCIONES BEJARANO NI - Número Identificación Tributaria 901014437 3145033758

CL 14 15 B 64 CONSTRUCCIONESBEJARANOSAS@GMAIL.COM META - 2 VILLAVICENCIO

10-01-2026
AFILIACIÓN SUJETA
A VERIFICACIÓN

RAMIREZ HERNANDEZ REINEL

CC - Cédula de Ciudadanía 1193240322

01 04 2001 09 01 2026

Reinel Ramirez Miguel Alberto Bejarano

- ORIGINAL E.P.S. -

10708

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1

Versión: 20

Dependencia Generadora: División de Subsidios

Código: PD-170-01-F01

F. Vigencia: 2025-02-18

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva

DATOS DEL EMPLEADOR (Con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 14 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliación | X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre del Empleador: Construccion el veprone s.a.s. | NIT | CC | CE | No 901013437

Dirección Principal Empleador: Calle 33b N 20A 54 Jordan | Celular 3182253719

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Ramirez | Segundo Apellido: Hernandez | Nombres: Reinel | PA | TI | CE | PEP | PPT | No. 1 193 240 322

Fecha de Nacimiento: 02 11 1969 | Fecha de Expedición Documento: 27 01 2017 | Sexo: X F | NB | Celular

Cargo: Auxiliar de obra | Salario Básico Mensual: 1.750.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: X 1

Fecha de Ingreso: 09 01 2026 | Correo Electrónico

Dirección Residencia: Centro poblado la Urimbe | Barrio/Vereda: la urimbe | Ciudad/Municipio: Uribe-meta | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 34 N 20A 54 Jordan | Barrio/Vereda: Jordan | Ciudad/Municipio: Villavicencio | Rural | Urbano | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro

SEXO Y ORIENTACIÓN

ESTADO CIVIL: Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a) | ORIENTACION SEXUAL: Heterosexual | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica Adultos	Secundaria Adulto	Media Adultos
1ª Infancia	Técnico Profesional	Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado/Maestría	Secundaria Normalista	Ninguno / Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible | No se autoreconoce | Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad	Desplazado	Damnificado Desastre Natural	Desmovilizado o Reinsertado	Población Zonas Fronteras No disponible
Vic. Conflicto Armado no Desplazado	Ejercicio Trabajo Sexual	Hijo(a) Familia de Madre Cabeza	Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado	Población Migrante / No aplica

DATOS DEPENDIENTE Y/O CONYUGE

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC | TI | CE | PEP | PPT | No.

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección: | Barrio: | Ciudad:

Correo Electrónico: | Celular:

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Profesión: | Salario Básico Mensual $: | Recibe Cuota Monetaria | SI | NO

DATOS DE PADRES, HIJOS, OTROS - FIRMA DE HIJOS NO EMANCIPADOS O EN CUSTODIA

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DE OTROS EMPLEADORES EN LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerda que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para estos estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizara para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador diligenciar los siguientes datos:

Nombre	Correo electrónico	Celular

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de clasificación según el artículo 46 de la ley 2ª de 1982

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES otorgo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co, «Información que será utilizada para las siguientes finalidades:

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar otorga a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, eventos, estudios, concursos, ofertas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
- Ofrecer servicios de cuarta edad de alcance a nivel regional o nacional y con la Caja de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicio o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encontrará almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos autorizo, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico atencionalusuario@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen

Vigilado Supersubsidio

Reinel Ramirez.

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

10/2019

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

REINEL RAMIREZ HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.193.240.322**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

ARL | sura

Medellín, 07 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1193240322	RAMIREZ HERNANDEZ REINEL	08/01/2026		z1932511	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 07/01/2026 22:14:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 192.230.104.3, 172.16.42.57

10702

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.193.240.322
RAMIREZ HERNANDEZ

APELLIDOS
REINEL

NOMBRES
Reinel Ramirez H.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-2001
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

07-MAY-2019 SAN CAYETANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2507900-01081166-M-1193240322-20190706 0066048580A 2 53426729

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Miguel Alberto

Apellidos: Bejarano Ortega.

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. O.E.

Número de documento: 79670027.

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 09 Año 1974.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion - Rubeola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica	07-09-21	X03A531V	Vivianca M
Toxoide Tetanico - Diftérico (Td)	1	07-09-21	233L021C	Vivianca M.
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

07-2022

1070023

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Miguel Alberto

Apellidos: Bejarano Ortega

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 79670027

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 09 Año 1974

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	17 Junio 2021	PFIZER	EY0575 10-2021	ESE Hosp. El carmen	Lizeth Hernandez	1096220415
	2	08 Julio 2021	PFIZER	EY0585 08/2021	ese hospital el Carmen	Lizeth P. Hdez	1096220415

folio 04



MiVacuna
Covid-19
www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud | MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Miguel Alberto
Apellidos: Bejarano Ortega
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP Otro cual
No. 79670027
Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 09 Año 1974



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	Refuerzo	03 ENERO 2022	Astazeneca	ANO224	VACUNADO POR: IPS BIO-SINERGIA BOYACA		CC 46.456.748 Auxiliar de Enfermería
	1	11 DIC 2023	Moderna Bivalente Adicional	010B23-24	USS VISAHERMOSA		CC 1076312878 AUXILIAR DE ENFERMERIA

(0705

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: CONSTRUCCIONES BEJARANO S.A.S
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 901013437-1
ADMINISTRACIÓN DIAN : VILLAVICENCIO
DOMICILIO : VILLAVICENCIO

MATRICULA - INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 302848
FECHA DE MATRÍCULA : SEPTIEMBRE 28 DE 2016
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2024
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : JUNIO 07 DE 2024
ACTIVO TOTAL : 57,999,581.00
GRUPO NIIF : GRUPO III - MICROEMPRESAS

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CL 14 N° 18 B 04 BRR V ORIENTE
BARRIO : VILLA ORIENTE
MUNICIPIO / DOMICILIO: 50001 - VILLAVICENCIO
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 3195403708
TELÉFONO COMERCIAL 2 : 3145541073
TELÉFONO COMERCIAL 3 : 3132125278
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : construccionesbejaranosas@gmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CL 14 N° 18 B 04 BRR V ORIENTE
MUNICIPIO : 50001 - VILLAVICENCIO
BARRIO : VILLA ORIENTE
TELÉFONO 1 : 3195403708
TELÉFONO 2 : 3145541073
TELÉFONO 3 : 3132125278
CORREO ELECTRÓNICO : construccionesbejaranosas@gmail.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : construccionesbejaranosas@gmail.com

CERTIFICA - ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : F4390 - OTRAS ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS PARA LA CONSTRUCCION DE EDIFICIOS Y OBRAS DE INGENIERIA CIVIL
ACTIVIDAD SECUNDARIA : F4290 - CONSTRUCCION DE OTRAS OBRAS DE INGENIERIA CIVIL
OTRAS ACTIVIDADES : N7730 - ALQUILER Y ARRENDAMIENTO DE OTROS TIPOS DE MAQUINARIA, EQUIPO Y BIENES TANGIBLES N.C.P.
OTRAS ACTIVIDADES : M7112 - ACTIVIDADES DE INGENIERíA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORíA TéCNICA

CERTIFICA - CONSTITUCIÓN

107076

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2016 DE LA ASAMBLEA CONSTITUTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 59370 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2016, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA CONSTRUCCIONES BEJARANO S.A.S.

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2016 DE LA ASAMBLEA CONSTITUTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 59370 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2016, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA CONSTRUCCIONES BEJARANO S.A.S.

CERTIFICA - VIGENCIA

VIGENCIA: QUE EL TÉRMINO DE DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA ES INDEFINIDO.

CERTIFICA - OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TENDRÁ COMO OBJETO PRINCIPAL LA SOCIEDAD TENDRA COMO OBJETO PRINCIPAL LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: TODO MANEJO ADMINISTRATIVO Y ASESORÍA EN SEGURIDAD SOCIAL INDUSTRIAL YIAMBIENTAL, MANEJO DE NÓMINAS, CONTRATACIÓN DE SUMINISTROS (LO QUE TIENE QUE VER CON OBRAS CIVILES). DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE OBRAS CIVIL. INTERVENTORIA Y CONSULTORÍA EN OBRA CIVIL ARQUITECTÓNICA, ALQUILER DE MAQUINARIA Y EQUIPO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE OBRA CIVIL Y ARQUITECTÓNICAS, ACTIVIDADES INMOBILIARIAS CON BIENES DE TERCEROS, PERITAJES Y AVALÚOS DE FINCA RAÍZ, VEHÍCULOS AUTOMOTORES.. MAQUINARIA Y EQUIPO AGROPECUARIO, CAPACITACIÓN EN SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL EN GENERAL. ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD: SE ENTENDERAN INCLUIDOS EN EL OBJETO SOCIAL DE LOS ACTOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL MISMO Y LOS QUE TENGAN COMO FINALIDAD EJERCER LOS DERECHOS Y CUMPLIR LAS OBLIGACIONES LEGALES O CONVENCIONALMENTE DERIVADOS DE LA EXISTENCIA DE LA COMPAÑIA Y CUALQUIER OTRO ACTO LÍCITO DE COMERCIO. EN DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL PODRA CONFORME AL ARTÍCULO 99 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, CELEBRAR TODOS LOS ACTOS, CONTRATOS OPERACIONES CIVILES, COMERCIALES Y FINANCIERAS. CONFORME AL ARTÍCULO 99 DEL CÓDIGO DE COMERCIO TALES, COMO: 1 OTORGAR Y RECIBIR PRÉSTANIOS EN DINERO O EN ESPECIE CON INTERESES O SIN ELLOS, CON O SIN GARANTÍA DE LOS BIENES SOCIALES DAR O RECIBIR EN GARANTIA DE LAS OBLIGACIONES QUE ADQUIERE O LAS QUE SE CONSTITUYAN A SU FAVOR, GRAVÁMENES, HIPOTECAS, PIGNORACIONES, YA SEA SOBRE BIENES MUEBLES E INMUEBLES.3 GIRAR, ACEPTAR. COBRAR, ENDOSAR , DESCONTAR, AVALAR, PROTESTAR, ANULAR, CANCELAR O PAGAR, DAR O ECIBIR, ACTUAR COMO CONCESIONARIA, ADMINISTRAR, INSTRUMENTOS NEGOCIABLES, O CUALQUIER OTRO EFECTO DE COMERCIO O CIVILES O ACEPTARLOS EN FORMA DE. ACCIONES.4 CELEBRAR TODA CLASE DE OPERACIONES CON ESTABLECIMIENTOS DE CRÉDITO, ENTIDADES FINANCIERAS O DE SEGUROS A NIVEL NACIONAL O EXTRANJERAS.5 - CELEBRAR EL CONTRATO COMERCAL_EN TODAS SUS FORMAS SOBRE CUALQUIER TIPO DE BIEN, YA SEA TANGIBLE O INTANGIBLE, RAIZ, MUEBLE, ETC. 6- Y PROMOVER LA INDUSTRIA, EL COMERCIO, CELEBRAR CONTRATOS DE SOCIEDAD, SUSCRIBIR O COMPRAR ACCIONES CUOTAS DE INTERÉS O PARTICIPACIÓN DE SOCIEDADES, EMPRESAS Y ENTIDADES O ASOCIACIONES QUE TENGAN OBJETO SIMILAR O COMPLEMENTARIO, O DIFERENTE AL AUXILIAR SUYO; INCLUYENDO TAMBÉN QUE ACTUÉ COMO PARTE DE LA CELEBRACIÓNIDEL CONTRATO, DE CUENTAS EN PARTICIPACIÓN, YA COMO GESTOR, YA COMO PARTICIPATIVO INACTIVO, TAMBIÉN CONSTITUIR O PARTICIPAR EN SOCIEDADES CON OBJETO DIFERENTE A ESTA.7CELEBRAR EL CONTRATO CIVIL Y COMERCIAL DE MANDATO, ACTUANDO TANTO COMO MANDANTE Y MANDATARIO, CONTRATAR Y SUBCONTRATA CON PROFESIONALES EN OTRAS ESPECIALIDADEDES.8-CELEBRAR TODAS LAS OPERACIONES DE CRÉDITO, ENAJENAR SUS CUOTAS Y DERECHOS PARA OBTENER ACTIVOS PARA EL DESARROLLO DE LA 9- SOCIEDAD. REALIZAR ACTOS DE CORRETAJE,AGENCIAMIENTO DE NEGOCIOS Y REPRESENTACIÓN DE FIRMAS NACIONALES Y 10- EXTRANJERAS CELEBRAR Y EJECUTAR TODA CLASE DE CONTRATOS COMERCIALES, ADMINISTRATIVOS Y CIVILES CON PERSONAS NATURALES O JURIDICAS, DE DERECHO PÚBLICO O PRIVADO, NACIONES O EXTRANJERAS 11- REGISTRO DE MARCAS Y PATENTES, MODELOS DIBUJOSI INDUSTRIALES Y DEMÁS DERECHOS DE PROPIEDAD INDUSTRIAL E INTELECTUAL Y ADQUIRIRLAS. 12-EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS PREPARATORIOS, COMPLEMENTARIOS O NECESARIOS DE TODOS LOS ANTERIORES Y LOS QUE SE RELACIONEN EN LA EXISTENCIA, FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD Y CUALQUIER OTRO ACTO LICITO DE COMERCIO QUE SEAN CONDUCENTES AL LOGRO DE LOS FINES SOCIALES, EL INCREMENTO DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DE LA COMPAÑIA, PROHIBASE A LA SOCIEDAD CONSTITUIRSE GARANTE DE OBLIGACIONES DE TERCEROS Y CAUCIONAR CON LOS BIENES SOCIALES OBLIGACIONES DISTINTAS DE LAS PROPIAS. ASI MISMO, PODRÁ REALIZAR CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD ECONÓMICA LÍCITA TANTO EN COLOMBIA COMO EN EL EXTRANJERO. ASÍ MISMO, PODRÁ REALIZAR CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD ECONÓMICA LÍCITA TANTO EN COLOMBIA CÓMO. EN EL EXTRANJERO. LA SOCIEDAD PODRÁ LLEVAR A CABO, EN GENERAL, TODAS LAS OPERACIONES, DE CUALQUIER NATURALEZA QUE ELLAS FUEREN, RELACIONADAS CON EL OBJETO MENCIONADO, ASÍ COMO CUALESQUIERA ACTIVIDADES SIMILARES, CONEXAS O COMPLEMENTARIAS O QUE PERMITAN FACILITAR O DESARROLLAR EL COMERCIO O LA INDUSTRIA DE LA SOCIEDAD.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	30.000.000,00	30.000,00	1.000,00
CAPITAL SUSCRITO	10.000.000,00	10.000,00	1.000,00
CAPITAL PAGADO	10.000.000,00	10.000,00	1.000,00

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES - PRINCIPALES

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2016 DE ASAMBLEA CONSTITUTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 59370 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2016, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	BEJARANO ORTEGA MIGUEL ALBERTO	CC 79,670,027

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

REPRESENTACIÓN LEGAL: LA SOCIEDAD TENDRÁ UN GERENTE Y UN SUB GERENTE, EL GERENTE EJERCERÁ TODAS LAS FUNCIONES PROPIAS DE LA NATURALEZA DE SU CARGO O AQUELLA QUE NO HAYA SIDO ASIGNADAS U OTRO ÓRGANO DE DIRECCIÓN, Y EN ESPECIAL, LAS SIGUIENTES; 1- REPRESENTAR A LA SOCIEDAD ANTE LOS ACCIONISTAS, ANTE TERCEROS Y ANTE TODA CLASE DE AUTORIDADES DE ORDEN ADMINISTRATIVO Y JURISDICCIONAL.2 - EJECUTAR TODOS LOS ACTOS, CONTRATOS U OPERACIONES CORRESPONDIENTES AL OBJETO SOCIAL, SIN LIMITACIÓN ALGUNA 3AUTORIZAR CON SU FIRMA TODO LOS DOCUMENTOS PÚBLICOS O PRIVADOS QUE DEBAN OTORGARSE EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES O EN INTERÉS DE LA SOCIEDAD 4-PRESENTAR EN LA ASAMBLEA GENERAL EN SUS REUNIONES ORDINARIAS, UN INVENTARIO Y UN BALANCE DE FIN DE EJERCICIO, JUNTO CON UN INFORME ESCRITO SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SOCIEDAD, UN DETALLE COMPLETO DE LA. CUENTA DE PÉRDIDAS Y GANANCIAS Y UN PROYECTO DE DISTRIBUCIÓN DE LAS UTILIDADES OBTENIDAS.5 - NOMBRAR Y REMOVER A LOS EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO QUE LA SOCIEDAD ESTABLEZCA 6- TOMAR TODAS LAS MEDIDAS QUE RECLAMEN LA CONSERVACIÓN DE LOS BIENES SOCIALES, VIGILAR LA ACTIVIDAD DE LOS EMPLEADOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA SOCIEDAD E IMPARTIR LAS ÓRDENES E INSTANCIACIONES QUE EXIJA LA BUENA MARCHA DE LA SOCIEDAD. 7CONVOCAR LA ASAMBLEA GENERAL A REUNIONES EXTRAORDINARIAS CUANDO LO JUZGUE CONVENIENTE O NECESARIO Y HACER LAS CONVOCATORIAS DEL CASO CUANDO LO ORDENEN LOS ESTATUTOS 8- CUMPLIR LAS ÓRDENES E INSTRUCCIONES QUE LE IMPARTA LA ASAMBLEA GENERAL. EN CUANTO AL MANEJO DE LOS NEGOCIOS DE LA SOCIEDAD NO TENDRÁ NINGÚN LÍMITE DE CUANTÍA PARA SU REALIZACIÓN Y EJECUCIÓN 9-CUMPLIR O HACER QUE SE CUMPLAN OPORTUNAMENTE, TODOS LOS REQUISITOS O EXIGENCIAS LEGALES QUE SE RELACIONEN CON EL FUNCIONAMIENTO Y ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD, EL SUBGERENTE REEMPLAZARÁ AL GERENTE EN SUS FALTAS O AUSENCIAS TEMPORALES O DEFINITIVAS, CON LAS MISMAS FACULTADES, OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES *** FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL.- LA SOCIEDAD SERÁ GERENCIADA, ADMINISTRADA Y REPRESENTADA LEGALMENTE ANTE TERCEROS POR EL REPRESENTANTE LEGAL, QUIEN NO TENDRÁ RESTRICCIONES DE CONTRATACIÓN POR RAZÓN DE LA NATURALEZA NI DE LA CUANTÍA DE LOS ACTOS QUE CELEBRE. POR LO TANTO, SE ENTENDERÁ QUE EL REPRESENTANTE LEGAL PODRÁ CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN EL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD. EL REPRESENTANTE LEGAL SE ENTENDERÁ INVESTIDO DE LOS MÁS AMPLIOS PODERES PARA ACTUAR EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD, CON EXCEPCIÓN DE AQUELLAS FACULTADES QUE, DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS, SE HUBIEREN RESERVADO LOS ACCIONISTAS. EN LAS RELACIONES FRENTE A TERCEROS, LA SOCIEDAD QUEDARÁ OBLIGADA POR LOS ACTOS Y CONTRATOS CELEBRADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL. LE ESTÁ PROHIBIDO AL REPRESENTANTE LEGAL .Y A LOS DEMÁS ADMINISTRADORES DE LA SOCIEDAD, POR SI O POR INTERPUESTA PERSONA, OBTENER BAJO CUALQUIER FORMA O MODALIDAD JURÍDICA PRÉSTAMOS POR PARTE DE LA SOCIEDAD U OBTENER DE PARTE DE LA SOCIEDAD AVAL, FIANZA O CUALQUIER OTRO. TIPO DE GARANTÍA DE SUS OBLIGACIONES PERSONALES.

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MICRO EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $1
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : F4390

INFORMA - REPORTE A ENTIDADES

CODIGO DE VERIFICACIÓN 5T3r2xq17p

Se realizó la inscripción de la empresa y/o establecimiento en el Registro de Identificación Tributaria (RIT).

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : $7,900

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar hasta po 60 días y cuantas veces lo requiera, el contenido del mismo, ingresando al enlace https://sii.confecamaras.co/vista/plantilla/cv.php?empresa=40 seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación 5T3r2xq17p

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14774615562

(415)7707212489984(8020) 000001477461556 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 0 1 3 4 3 7	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CONSTRUCCIONES BEJARANO S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal
CL 14 18 B 04 BRR V ORIENTE

42. Correo electrónico construccionesbejaranosas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 5 4 0 3 7 0 8	3 1 4 5 5 4 1 0 7 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
4 3 9 0	2 0 1 6 0 9 2 8	4 2 9 0	2 0 1 6 0 9 2 8		7 7 3 0 4 9 2 3		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	4	4	2	4	8	5	2																

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 07 - 30 / 21 : 51: 09

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario **(RUT)**, deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre BEJARANO ORTEGA MIGUEL ALBERTO
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 23-11-2022 02:48:51PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Página 2 de 3 **Hoja 2**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14774615562

(415)7707212489984(8020) 000001477461556 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 0 1 3 4 3 7	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número	0 0 0 0 0	
73. Fecha	2 0 1 6 0 9 2 0	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 6 0 9 2 8	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 3 0 2 8 4 8	
78. Departamento	5 0	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 6 0 9 2 8	
81. Hasta	9 9 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Núm	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 1 9 0 7 2 3		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

Fecha generación documento PDF: 23-11-2022 02:48:51PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14774615562

(415)7707212489984(8020) 000001477461556 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 0 1 3 4 3 7	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 6 0 9 2 0

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 9 6 7 0 0 2 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
BEJARANO	ORTEGA	MIGUEL	ALBERTO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO CONTENIDO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 23-11-2022 02:48:51PM

CONSTRUCCIONES
BEJARANO SAS

EXPERIENCIA, CALIDAD Y CUMPLIMIENTO A SU SERVICIO

PORTAFOLIO
DE SERVICIOS



constructionesbejaranosas@gmail.com

REPRESENTANTE LEGAL
MIGUEL ALBERTO BEJARANO ORTEGA

¿QUIENES SOMOS?

Somos una empresa familiar, dedicada a la construcción de infraestructura vial en Colombia, con 8 Años de trayectoria en la ejecución de importantes proyectos viales; contamos con el recurso humano, los equipos y la experiencia en la construcción de diferentes estructuras complementarias tales como muros de contención, obras de renaje transversal y longitudinal, cimentaciones profundas (pilotes tipo caisson), obras para el control de erosión y estabilidad de taludes bajo los parámetros de diseño, seguridad industrial y salud ocupacional de la normatividad Colombiana vigente.

INFORMACION GENERAL

RAZON SOCIAL:	CONSTRUCCIONES BAJARANO SAS
NIT:	901.013.437-1
DOMICILIO:	CALLE 14 18 B 04 BRR V ORIENTE, VILLAVICENCIO, META
EMAIL:	construccionesbejaranosas@gmail.com
PAGINA WEB:	WWW.CONSTRUBEJARANO.COM.CO
REPRESENTANTE LEGAL:	MIGUEL ALBERTO BAJARANO ORTEGA
CEDULA DE CIUDADANIA:	79.670.027
FECHA DE CONSTITUCION:	20 DE SEP DE 2016
VIGENCIA SOCIEDAD:	INDEFINIDA
TAMAÑO EMPRESARIAL:	MEDIANA EMPRESA

107035

SERVICIOS



Fabricación de concreto en sitio con equipos tipo auto hormigoneras y mezcladoras de 1 bulto



Excavación mecánica con equipo neumático

Actividades de extracción de material en la excavación manual de cimentación profunda tipo caisson



Formaleta metálica para estructuras tipo muros de contención, drenajes transversales y longitudinales puentes vehiculares, placa huellas, entre otras

Excavación manual con equipo menor



Actividades de corte, figurado e instalación de hierro para diferentes estructuras

CONSTRUCCIONES
BEJARANO SAS

RELACION DE CONTRATOS

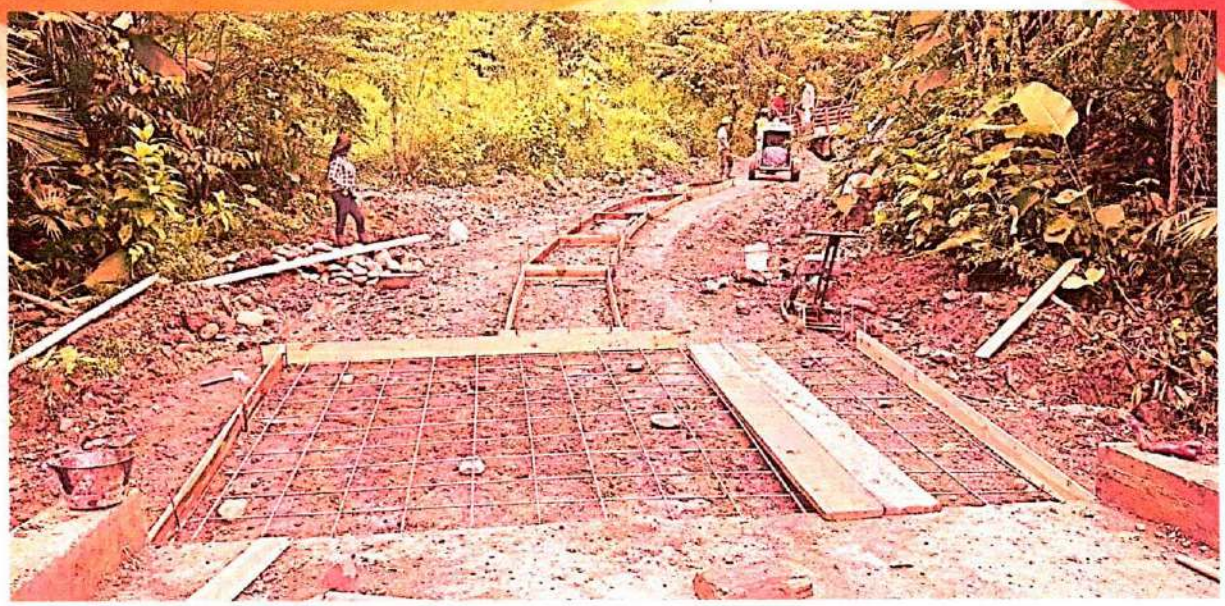
	EMPRESA CONTRATANTE	NUMERO DE CONTRATO	VALOR CONTRATO	OBJETO DEL CONTRATO
	UT PUENTE LA INDIA	CO.OB.001.15	2261-2009	CONSTRUCCION DE OBRAS CIVILES EN EL PUNTE LA INDIA TALES COMO EXCAVACIONES Y RELLENOS CIMENTACION Y INFRANSTROCTURA Y SUPER ESTRUCTURAS OBRAS COMPLEMENTARIAS
	MURCIA MURCIA S.A CONTRUCIONES	2261-2009	15.000.000	CONSERVACION Y ATENCION EMERGENCIA DE LAS VIAS SEGUNDARIAS DEL DEPARTAMENTO DEL SANTANDER
	INARCAS IDEAS DE CONCRETO		433.206.463	CONTRUCCION DE PUENTE VEHICULAR SOBRE EL CAÑO BEREÑO RUTA 4014 VIA VENTUROZA ,CONSTRUCCION DE PUENTE VEHICULAR SOBRE EL CAÑO DEFENSA LONGITUD 12 MT ,CONSTRUCCION DE BOX CULVERT EN CONCRETO , CONSTRUCION DE VIVIENDA DE FINCA EN EL RANCHO MORICHAL

107036

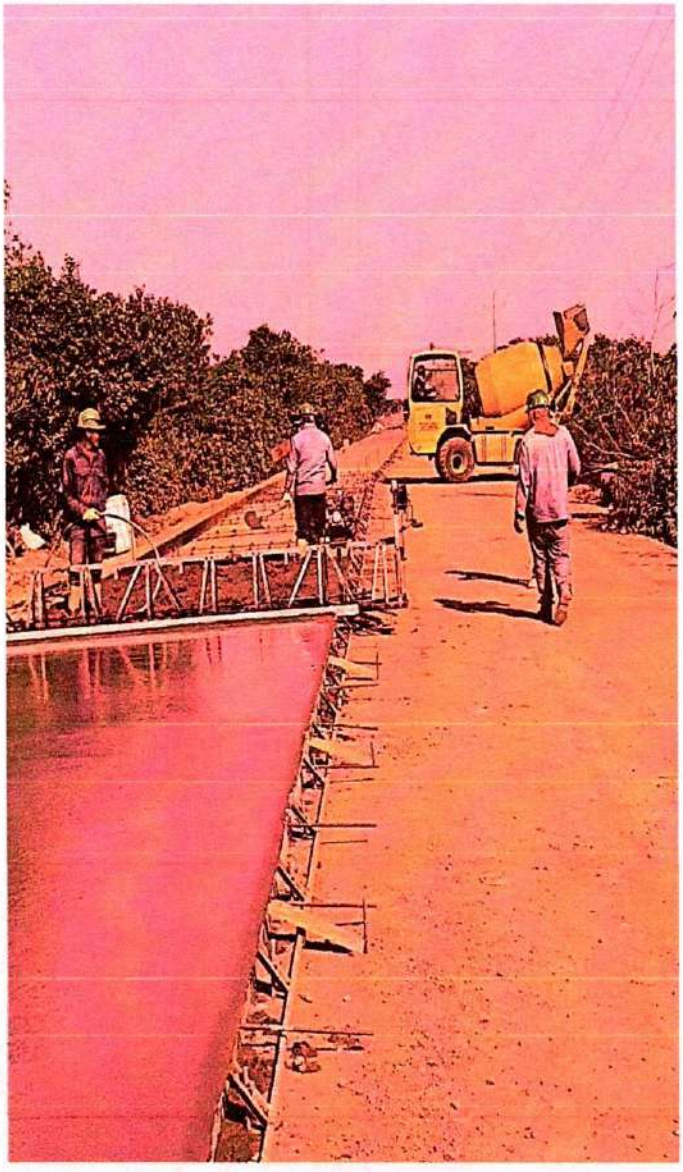
CONSTRUCCIONES
BEJARANO SAS

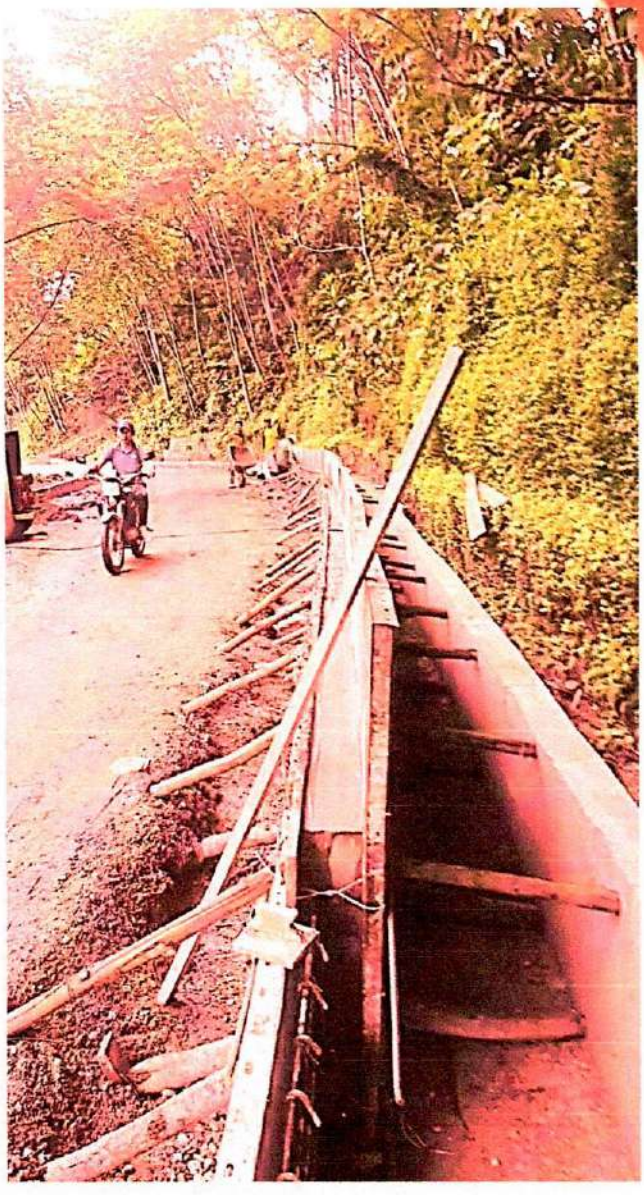
EXPERIENCIA

EMPRESA CONTRATANTE	NUMERO DE CONTRATO	VALOR CONTRATO	OBJETO DEL CONTRATO
UNIDOS POR SANTADER	0-50	200.000.000	CONTRUCCION DE OBRAS DE ARTE, DRENAJE Y CONTENCION EN LA VIA EL CARMEN DE CHUCURI EN EL DE PARTAMENTO DEL SANTANDER
UNIDOS POR SANTANDER S.A.S.	008	21.278.341	BOX COULVERT
UNIDOS POR SANTANDER S.A.S.	007	213.455.320	ALCANTARILLAS, FILTROS Y CUNETAS
UNIDOS POR SANTANDER S.A.S.	006	184.297.611	ALCANTARILLAS, PLACA HUELLAS – CUNETA, FILTROS.
UNIDOS POR SANTANDER S.A.S.	028-2023	457.646.214	CONSTRUCCION MURO DE CIMENTACION PROFUNDA K16+400 TRAMO 8,2 GUACAMAYO – SAN PABLO – SANTA RITA – SANTA HELENA.
UNIDOS POR SANTANDER S.A.S.	ADICIONAL 1 CONTRATO 28	231.519.355	CONSTRUCCION MURO DE CIMENTACION PROFUNDA K16+400 TRAMO 8,2 GUACAMAYO – SAN PABLO – SANTA RITA – SANTA HELENA









FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva EPS

10 01 2026

BEJARANO ORTEGA MIGUEL ALBERTO

CC - Cédula de Ciudadanía 79670027

COLOMBIANO COLOMBIA BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. 07 09 1974

6 SURA - CIA. SURAMERICANA DE

PORVENIR $ 1.750.905 3177967002

CLL 164 23-89 MIGUELALBERTOORTEGA@GMAIL.COM BOGOTA D.C.

BOGOTA D.C. CHAPINERO

CONSTRUCCIONES BEJARANO NI - Número Identificación Tributaria 901013437 3165451708

CL 14 15 B 64 CONSTRUCCIONESBEJARANOS@GMAIL.COM META VILLAVICENCIO

ORIGINAL

10-01-2026
AFILIACIÓN SUJETA
A VERIFICACIÓN

BEJARANO ORTEGA MIGUEL ALBERTO

CC - Cédula de Ciudadanía 79670027

07 09 1974 08 01 2026

Miguel Alberto Bejarano

Miguel Alberto Bejarano

- ORIGINAL E.P.S. -

Cofrem

FORMATO "AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1 | Versión: 20

Dependencia Generadora: División de Subsidios | Código: PD-170-01-F01 | F. Vigencia: 2025-02-18

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

SELECCIONE TIPO DE AFILIACIÓN (Seleccione con X)

Fecha de Diligenciamiento: 13 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliación | X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: Christiana Bejarano Sas | NIT | CC | CE | No: 901013432-1

Dirección Principal Empleador: cl 37 b n 20 a 57 | Celular: 3187253719

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Bejarano | Segundo Apellido: Ortega | Nombres: Misael Alberto | CC | TI | CE | PEP | PPT | No. 91090827

Fecha de Nacimiento: 07 09 1984 | Fecha de Expedición Documento: 20 04 1934 | Sexo: M | F | NB | Celular: 3147208016

Cargo: Maestro | Salario Básico Mensual: 1.750.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato | Pr 1

Fecha de Ingreso: 14 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: carro 5 n b c | Barrio/Vereda: centro | Ciudad/Municipio: Mesitas | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: cl 37 b n 20 a 57. | Barrio/Vereda: Centro. | Ciudad/Municipio: Mesitas | Rural | Urbano | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

CARACTERIZACIÓN

ESTADO CIVIL: Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a) | ORIENTACION SEXUAL: Heterosexual | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica Adultos	Secundaria Adulto	Media Adultos
1ª Infancia	Técnico Profesional	Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado/Maestría	Secundaria Normalista	Ninguno / Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible | No se autoreconoce | Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad	Desplazado	Damnificado Desastre Natural	Desmovilizado o Reinsertado	Población Zonas Fronteras	No disponible
Vic. Conflicto Armado no Desplazado	Ejercicio Trabajo Sexual	Hijo(a) Familia de Madre Cabeza	Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado	Población Migrante	No aplica

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC | TI | CE PEP | PPT | No.

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección: | Barrio. | Ciudad:

Correo Electrónico: | Celular

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Profesión: | Salario Básico Mensual $: | Recibe Cuota Monetaria | SI | NO

DATOS DE PADRES, HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS MENORES O BENEFICIARIO EN CUSTODIA

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la única autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos | Nombre | Correo electrónico | Celular

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador o la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de despidación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co , información que será utilizada para las siguientes finalidades.

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que le Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo o terceros como integrante del Sistema de Protección Social
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, ferias, jornadas promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidios Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con la Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos

Los datos personales obtenidos de su afiliación, conducta, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico tratamientodatospersonales@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se custodian y administran bajo responsabilidad de COFREM y los terceros que para tal fin se designen.

Vigilado Supersubsidio

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se actuará de la huella y a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y los municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la validez

Con la firma se da el tratamiento acerca de los términos, autorizaciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

10743

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 900.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MIGUEL ALBERTO BEJARANO ORTEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.670.027**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ARL | sura

Medellín, 14 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79670027	BEJARANO ORTEGA MIGUEL ALBERTO	15/01/2026		20523451	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 14/01/2026 21:52:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 198.143.41.36, 172.16.42.57

10705

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.670.027**
BEJARANO ORTEGA

APELLIDOS
MIGUEL ALBERTO

NOMBRES

Miguel Bejarano O

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1974**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

23-ABR-1993 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00398244-M-0079670027-20120907 0031039642A 4 6711902184

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Kevin Robert

Apellidos: Fonseca Carraro

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1023028210

Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 04 Año 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	16-08-21	[illegible]	Viviana N.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	16-08-21	[illegible]	Viviana N.
	2	13-01-2023	[illegible]	Viviana N.
	3	13-Julio-2026		
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19				
Otras				

1020246

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	Empleo o cargo al que aspira
28 / 12 / 2025	

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Concepto 111.970

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
fonseca carrero	Kevin Robert
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
15 / 04 / 1998	Bogota
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
uribe centro	uribe meta
Teléfono	**N°. Celular**
whatsap 3133108997	313 2644156
Correo electrónico	**Nacionalidad**
ribet.gomez159@gmail.com	colombiano
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
Empleado	soltero

Años de experiencia laboral: 7 años

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: X	No. 1023028210	(*) Libreta militar No.	Primera clase:
Extranjería:	Expedida en: Bogota	Distrito No.	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 caracterizan en su vida laboral

Soy Bombero voluntario del municipio soy una persona Responsable Puntual inteligente y Resonsable, compañerista y me gusta sobresalir en mis labores

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí ☐ No X	¿En qué empresa?	Empleado ☐ Independiente ☐	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí ☐ No X	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí ☐ No X	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 X Redes Sociales ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio diferente al inicialmente contratado? Sí X No ☐	Vive en casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? X	Nombre del arrendador: ranulfo	Teléfono: 3115469924 — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 4 meses
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí ☐ No X	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1.000.000
¿Por qué conceptos? arriendo comida etc			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ Lo acordado
¿Cuál es su principal afición? el deporte	¿Practica algún deporte? Sí X No ☐ ¿Cuál(es)?	natacion, futbol	

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

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

REV. 06-2013

17989287

4707

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Sunshine Bouquet	minimo	Tenjo cundinamarca	

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
elaboracion de Bouques	Bodega	24 07 20	07 07 24	$ minimo	$ minimo

Funciones realizadas

elaboracion de Bouques, empaque, inventarios, despacho, calidad

Nombre de su jefe inmediato	Cargo
meri sipagauta	Jefe de Bodega

Logros obtenidos

aprendi los Procesos de exportacion de flores

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

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	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? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relaciona dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Arley Melgarejo	empleado	Villa rica	3227388032
2.	Yimar Baral	empleado	Tenjo cundinamarca	3102055794

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Felicia correo	ama de casa	Bogota	3213425486
2.	Campo Paez	campesino	Villa	3224434602

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción: X

Nota importante

Favor de llenar los adultos en acceder a preguntar por el resultado de este solicitud. Nosotros le informamos pronto!

Certificación

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

Firma del solicitante

CC 1023028210

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 28 de diciembre de 2025, a las 17:04:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1023028210
Código de Verificación	1023028210251228170422

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HELENA PATRICIA GARCÍA MAYA
Contralora Delegada EF

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:06:00 PM horas del 28/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1023028210**

Apellidos y Nombres: **FONSECA CARRERO KEVIN ROBERT**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

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

10205

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 287044234

PIB
17:08:08
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 28 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) KEVIN ROBERT FONSECA CARRERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023028210:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

10252

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1 | Versión: 20 | F Vigencia: 2025-02-18

Dependencia Generadora: **División de Subsidios** | Código: PD-170-01-F01

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible sin tachones, ni enmendaduras con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

SELECCIONE TIPO DE AFILIACIÓN SOLICITADA

Fecha de Diligenciamiento: 14/01/2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliación | X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: Construccion el bergurno sas | NIT | CC | CE | No: 901013437

Dirección Principal Empleador: Calle 376 N 20 #5A Jurdan | Celular: 3182253719

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Fonseca | Segundo Apellido: Otero | Nombres: Kevin Robert | TI | CE | PEP | PPT | No: 1023080210

Fecha de Nacimiento: 15/04/1998 | Fecha de Expedición Documento: 17/06/2016 | Sexo: M | F | NB | Celular:

Cargo: Auxiliar de obra | Salario Básico Mensual: 1.750.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: 1

Fecha de Ingreso: 09/01/2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: Bosque Popular | Barrio/Vereda: La Urbe | Ciudad/Municipio: Urbe Medio | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 376 | Barrio/Vereda: Jurdan | Ciudad/Municipio: Villavicencio | Rural | Urbano X | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

DATOS COMPLEMENTARIOS

ESTADO CIVIL: Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a) | ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar | Básica | Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adulto | Media Adultos

1ª Infancia | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional Universitario | Posgrado Maestría | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible | No se autoreconoce | Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad | Desplazado | Damnificado Desastre Natural | Desmovilizado o Reinsertado | Población Zonas Fronteras | No disponible

Vic. Conflicto Armado no Desplazado | Ejercicio Trabajo Sexual | Hijo(a) Familia de Madre Cabeza | Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado | Población Migrante | No aplica

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A)

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC | TI | CE | PEP | PPT | No.

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección. | Barrio: | Ciudad.

Correo Electrónico: | Celular:

Nombre del Empleador donde Trabaja | Profesión: | Salario Básico Mensual $. | Recibe Cuota Monetaria | SI | NO

DATOS DE HIJOS QUE CONVIVEN Y DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA QUIENES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que aunque la madre de los personas a cargo no haga parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar a los beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los mayores y los datos solicitados a continuación.

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos:

Nombre	Correo electrónico	Celular

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información he sido suministrada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre aportes mínimos es causal de desafiliación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y expresa a los servicios y dependencias de COFREM de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.gov.co , información que será utilizada para los siguientes fines/deberes:

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrantes del Sistema de Protección Social
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, eventos, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidios Familiar
- Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con la Caja de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Vigilado Supersubsidio

Kevin Fonseca Otero

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la sgte ind.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de mis datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

10253

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT. 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KEVIN ROBERT FONSECA CARRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.028.210**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/01/2026, el empleador CONSTRUCCIONES BEJARANO SAS identificado con NIT número 901013437 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9771177	13/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1023028210	KEVINROBERT FONSECA CARRERO	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-01-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellín, 13 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1023028210	FONSECA CARRERO KEVIN ROBERT	14/01/2026		13645200	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 13/01/2026 16:40:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 198.143.41.36, 172.16.42.57

10256

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.028.210
FONSECA CARRERO

APELLIDOS

KEVIN ROBERT

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1998
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-JUN-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500150-01249409-M-1023028210-20210812 0075260926B 1

4070

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1

Versión: 20

Dependencia Generadora: División de Subsidios

Código: PD-170-01-F01

F. Vigencia: 2025-02-18

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

DATOS DEL EMPLEADOR

Fecha de Diligenciamiento: 14 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliación | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: Construcciones Bogaran SAS. | NIT | CC | CE No: 1123 142 589.

Dirección Principal Empleador: cll 32 b N 20 57 - Jardin. | Celular: 322 120 0010.

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Gil. | Segundo Apellido: Saucedra. | Nombres: Jose. Luis. | TI | CE | PEP | PPT | No. 1123 142 589.

Fecha de Nacimiento: 30 09 1991 | Fecha de Expedición Documento: 05 11 2010 | Sexo: M | F | NB | Celular: 310 240 1020

Cargo: Cuya de obra. | Salario Básico Mensual: 1.350 905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: I

Fecha de Ingreso: 13 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: Conjo portal | Barrio/Vereda: Urbc | Ciudad/Municipio: Medellin. | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: cl 32 b N 20 57 | Barrio/Vereda: Jardin | Ciudad/Municipio: medellin. | Rural | Urbano | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior | Fecha de Retiro

DATOS COMPLEMENTARIOS

ESTADO CIVIL: Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a) | ORIENTACION SEXUAL: Heterosexual | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica Adultos	Secundaria Adulto		Media Adultos
1ª Infancia	Técnico Profesional	Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado/Maestría	Secundaria Normalista	Ninguno	Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano	Indígena	Comunidad Negra	Palenquero	Room/Gitano	No disponible	No se autoreconoce	Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad	Desplazado	Damnificado Desastre Natural	Desmovilizado o Reinsertado	Población Zonas Fronteras	No disponible
Vic. Conflicto Armado no Desplazado	Ejercicio Trabajo Sexual	Hijo(a) Familia de Madre Cabeza	Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado	Población Migrante	No aplica

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC | TI | CE | PEP | PPT | No.

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección: | Barrio: | Ciudad:

Correo Electrónico | Celular:

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Profesión | Salario Básico Mensual $: | Recibe Cuota Monetaria | SI | NO

DATOS DE HIJOS, HIJASTROS Y/O HERMANOS HUERFANOS MENORES DE 18 AÑOS O MAYORES CON DISCAPACIDAD

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUAL TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar motivo por el cual para ellos estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los demás solicitados a continuación

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos: | Nombre: | Correo electrónico: | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre aportes mínimos es causal de desafiliación según el artículo 48 de la ley 21 de 1982.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co , información que será utilizada para los siguientes propósitos.

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, ofas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidios Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con la Caja de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatospersonales@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Vigilado Superintendencia

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EMPLEADOR	FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR	FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella y la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepta los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

EPS

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JOSE LUIS CRUZ SAAVEDRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.142.589**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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



JOSE LUIS CRUZ SAAVEDRA

311-249-7234

JOSELUISCRUZSAAVEDRA49@GMAIL.COM

Calle 50 sur # 93d - 97
Bosa porvenir

Más información

- Pase vigente moto y carro A2
- B1.
- Disponibilidad total.

Habilidades

Mi reciente formación académica en Gestión Logística, combinada con mi experiencia laboral, me ha permitido desarrollar habilidades clave que me consolidan como un profesional comprometido y dinámico, capaz de desempeñar cualquier función con eficacia.

Sobre mí

Estudie Gestión Logística, actualmente desempeño el cargo de auxiliar Logístico. Mi formación y experiencia en seguridad privada me han enseñado a ser disciplinado y comprometido con cada tarea que desempeño Mi experiencia laboral ha sido principalmente en el campo de la seguridad privada. Esta experiencia me ha proporcionado una base sólida en la disciplina y el compromiso con el trabajo..

Experiencia laboral

Fast Moda
Auxiliar integral. | julio 2023 - Septiembre 2023

- Recepcion de mercancias
- surtir productos en zonas asignadas.
- Auxiliar de caja.

Productos Ramo S.A.S

Auxiliar logistico. | Septiembre 2023 - Enero 2025

- Recepcion de Mercancias.
- Alistamiento de preventas .
- Validacion de productos en cuanto a nombre y cantidad registrada.

Jiro s.a.s alimentos cárnicos Zenu
Aux. logístico de abastecimiento |Enero 2025- Marzo 2025

- Recepcion de materia prima cárnica
- Alistamiento de tandas de producto

Imbocar s.a.s
Auxiliar cargue y decargue | Abril 2025- Agosto 2025

- Realizar picking y paking
- Entrega de pedidos tat y canalmoderno
- Manejo de dinero

Datos académicos

Institución educativa Rafael Uribe Uribe
Bachiller tecnico | 2010

Escuela de capacitacion en seguridad Bermat
Renovacion curso vigilancia | - 2021

ARL | sura

107060

Medellín, 13 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1123142589	CRUZ SAAVEDRA JOSE LUIS	14/01/2026		229M2421	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 13/01/2026 16:55:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 198.143.41.36, 172.16.42.57

19060

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRES	: **JOSE GUILLERMO**
APELLIDOS	: **CARRILLO MACHADO**
FECHA DE NACIMIENTO	: **05 DE DICIEMBRE DE 1990**
LUGAR DE NACIMIENTO	: **SAN CAYETANO (NORTE DE SANTANDER)**
ESTADO CIVIL	: **UNION LIBRE**
DOCUMENTOS DE IDENTIDAD	: **1.094.347.455 DE SAN CAYETANO**
CELULAR	: **320 448 3623**
DIRECCIÓN	: **VEREDA LA PALMA**
CIUDAD	: **SAN CAYETANO (N. DE S.)**
CARGO	: **AUXILIAR DE LIMPIEZA INDUSTRIAL**
CORREO	: **joseguillermocarrillo1990@gmail.com**

107062

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA	**: ESCUELA URNANA INTEGRADA SAN CAYETANO (N. DE S.)**
TITULO OBTENIDO	**: BASICO PRIMARIA**
SECUNDARIA	**:COLEGIO TEODORO GUTIRREZ CALDERON (N. DE S.)**
TITULO OBTENIDO	**: BACHILLER ACADEMICO**

EXPERIENCIA LABORAL

ENTIDAD	**: NORFOSFATOS**
CARGO	**: AUXILIAR MECANICO**
TIEMPO DE SERVICIO	**: 3 AÑOS**
JEFE INMEDIATO	**: LIBAR FELIPE ROPERO BLANCO**
TELEFONO	**: 310 8574641 – 316 8211099**
CIUDAD	**: SAN CAYETANO**

ENTIDAD	**: TEMPORAL SA**
CARGO	**: AUXILIAR MECANICO**
TIEMPO DE SERVICIO	**: 2 MESES**
JEFE INMEDIATO	**: ENDER ORTEGA DELGADO**
TELEFONO	**: 304 476 4524**
CIUDAD	**: SAN CAYETANO**

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	**: LEIDER CACERES**
CARGO	**: AUXILIAR MECANICO**
CELULAR	**: 312 4927705**
CIUDAD	**: SAN CAYETANO, N. DE S.**

NOMBRE	**: OMAR RODRIGUEZ**
CARGO	**: OPERADOR**
CELULAR	**: 320 7127452**
CIUDAD	**: SARDINATA, N. DE. S.**

1094063

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE	: **JOSE GUILLERMO MORALES**
CARGO	: **OPERADOR**
CELULAR	: **321 4750503**
CIUDAD	: **SAN CAYETANO, N. DE S.**

NOMBRE	: **CARMEN CECILA MACHADO**
CARGO	: **AMA DE CASA**
CELULAR	: **321 4377798**
CIUDAD	: **SAN CAYETANO, N. DE S.**

JOSE GUILLERMO CARRILLO MACHADO
C.C. No. 1.094.347.455 DE SAN CAYETANO

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/06/2025 12:26:12 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1094347455** y Nombre: **JOSE GUILLERMO CARRILLO MACHADO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **118549676** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

JOSE GUILLERMO CARRILLO MACHADO

10 7905

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 24 de junio de 2025, a las 12:24:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1094347455
Código de Verificación	1094347455250624122432

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Genero: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en linea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policia Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:28:19 PM horas del 24/06/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1094347455**
Apellidos y Nombres: **CARRILLO MACHADO JOSE GUILLERMO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

10270

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:53:39 PM horas del 25/04/2025, el ciudadano extranjero con:

Cédula de Extranjería N° **22931007**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 270073138

PIB
07:14:40
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 27 de abril del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YHONNYS ALFREDO FUENTES GARCIA identificado(a) con PPT número 7724641:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

(02069)

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 25 de abril de 2025, a las 17:57:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

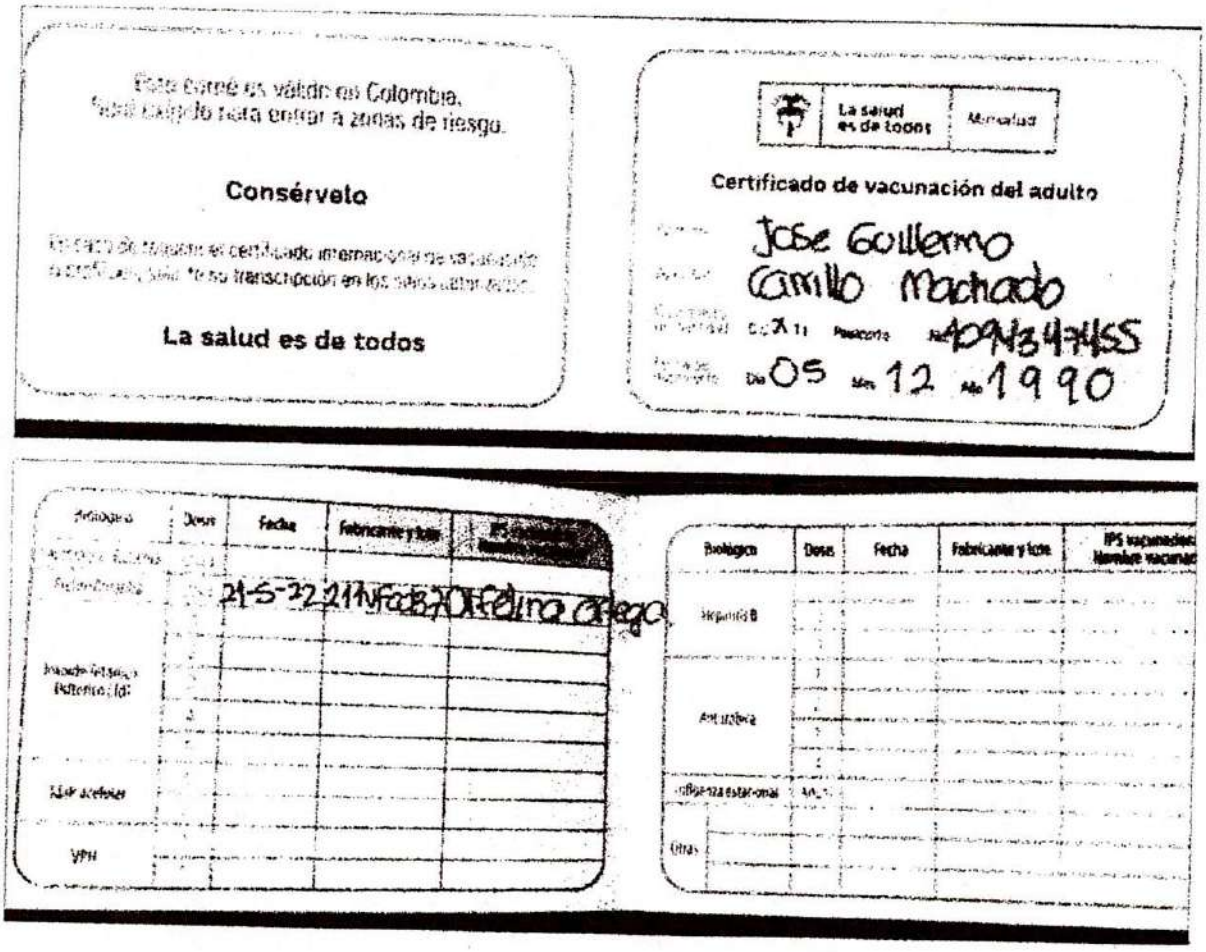
Tipo Documento	Cédula de Extranjería
No. Identificación	22931007
Código de Verificación	22931007250425175742

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



Este carné es válido en Colombia.
Verifique el país de esta entrega a zonas de riesgo.

Consérvelo

El carné de vacunación es el certificado internacional de vacunación o profilaxis. Solicite la transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jose Guillermo
Apellidos: Carrillo Machado
Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No. 1094947455
Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 12 Año 1990

Antígeno	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Fiebre amarilla		21-5-22	21Yfa087	Fabiola Ortega
Triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis)				
Hepatitis A				
VPH				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B				
Antitetánica	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

JOSE GUILLERMO CARRILLO MACHADO

F020

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	9/2/21	Janssen	273A2AA	CAN CAFETANC	Alberto Pablo Manosa TEC. AUXILIAR DE ENFERMERIA ESE Hospital Local E.A.S.	1143443343
	2	9/02/22	Janssen	273A2AA	CAN CAFETANC	Alberto Pablo Manosa TEC. AUXILIAR DE ENFERMERIA ESE Hospital Local E.A.S.	1143443343

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunacion

Nombre: Jose Guillermo
Apellidos: Carrillo Machado.
Documento de identidad: CC No 1094347455
Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 12 Año 1990

107092

Cofrem

FORMATO "AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1 | Versión. 20 | F. Vigencia. 2025-02-18

Dependencia Generadora: División de Subsidios | Codigo: PD-170-01-F01

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

SELECCIONE MODO DE AFILIACIÓN Y CLASE DE AFILIADO

Fecha de Diligenciamiento: 19/01/2026 | Afiliación primera vez: X | Adición personas a cargo: | Reafiliación: | Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: Constructora Bejarano SAS | NIT: CC: CE: No: 901013437

Dirección Principal Empleador: cll 32 c 05 | Celular: 3182253719

DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Primer Apellido: Carrillo | Segundo Apellido: Machado | Nombres: Jose Guillermo | TI: CE: PEP: PPT: No: 094347955

Fecha de Nacimiento: 05/12/1990 | Fecha de Expedición Documento: 9/12/2008 | Sexo: M F NB | Celular: 3143301290

Cargo: Ayudante de obra | Salario Básico Mensual: 1.950.905 | Pago: Variable | Tipo de Contrato: Ind

Fecha de Ingreso: 19/01/2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: Centro poblado | Barrio/Vereda: Salve. | Ciudad/Municipio: Mesa | Rural: Urbano: País: Colombia

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: cll 32 c 05. | Barrio/Vereda: Salve. | Ciudad Municipio: Mesa | Rural: Urbano: País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

SEÑALE CON UNA X

ESTADO CIVIL: Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a) | ORIENTACION SEXUAL: Heterosexual X | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar | Básica 1ª Infancia | Básica Secundaria | Media Técnico Profesional | Básica Adultos Tecnólogo | Secundaria Adulto Profesional Universitario | Media Adultos Posgrado/Maestría | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible | No se autoreconoce | Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condicion Discapacidad | Desplazado | Damnificado Desastre Natural | Desmovilizado o Reinsertado | Población Zonas Fronteras No disponible

Vic. Conflicto Armado no Desplazado | Ejercicio Trabajo Sexual | Hijo(a) Familia de Madre Cabeza | Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado | Población Migrante | No aplica

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC: TI: CE: PEP: PPT: No.

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección | Barrio | Ciudad

Correo Electrónico: | Celular:

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Profesión | Salario Básico Mensual $: | Recibe Cuota Monetaria: SI NO

DATOS DE PADRES, HIJOS, HERMANOS, HIJASTROS, NIETOS O DEMÁS PARIENTES EN CUSTODIA

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para evitar estas cancelaciones deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador diligenciar los siguientes datos: Nombre | Correo electrónico | Celular

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido suministrada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de sus normas sobre aportes mínimos es causal de sanción según el artículo 48 de la ley 21 de 1982.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co , información que será utilizada para las siguientes finalidades.

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general por sí misma o mediante su encargo o terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, eventos, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidios Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de aliados a nivel regional o nacional y con la Caja de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos eliminarlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Vigilado Supersubsidio

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: En caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

107.073

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JOSE GUILLERMO CARRILLO MACHADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.094.347.455**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 19/01/2026, el empleador CONSTRUCCIONES BEJARANO SAS identificado con NIT número 901013437 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9813716	19/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1094347455	JOSEGUILLERMO CARRILLO MACHADO	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-01-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

5070

Medellín, 19 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1094347455	CARRILLO MACHADO JOSE GUILLERMO	20/01/2026		w2101861	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 19/01/2026 21:18:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 198.143.41.36, 172.16.42.57

10708

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE	: **ESTEFANI ESCALONA**
CARGO	: **AMA DE CASA**
CELULAR	: **+ 51 998 148 148**
CIUDAD	: **PERU.**

NOMBRE	: **ANA KARINA ESCALONA**
CARGO	: **AMA DE CASA**
CELULAR	: **+ 51 974 408 080**
CIUDAD	: **PERU**

JHONNATHAN WALTER ESCLONA ORTIZ
C.C. No. 1.092.647.103 DE ARBOLEDAS


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
1.092.647.103
ESCALONA ORTIZ
JHONNATHAN WALTER
Jhonnathan Escalona.


FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1989
SAN CAYETANO
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
27-ENE-2017 ARBOLEDAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-2502700-00888507-M-1092647103-20170224 0025M0888A 1 47040542

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:08:15 PM horas del 04/07/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1092647103**

Apellidos y Nombres: **ESCALONA ORTIZ JHONNATHAN WALTER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados

1808

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 04 de julio de 2024, a las 15:09:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1092647103
Código de Verificación	109264710324070415090S

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

107082

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 249948771

PIB
15:09:12
Hoja 1 de 01

Bogotá D.C. 04 de julio del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JHONNATHAN WALTER ESCALONA ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1092647103.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

1072083

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/07/2024 03:09:52 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1092647103 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **97264605** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

102084

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: e012b636-57c9-4665-93b9-9b5894abaa45

Nombres y apellidos / Full name: **JHONNATHAN WALTER ESCALONA ORTIZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 9 2 6 4 7 1 0 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **02/11/1989**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3144091841**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
12 meses	Fiebre amarilla	Única	1	4	2017		167VFC030Z	SAN CAYETANO CENTRO DE SALUD	
Sin rango de edad	TD Adulto	Primera	28	2	2020		2338X004AE	SAN CAYETANO CENTRO DE SALUD	Jordan Fabian Gelvez Perez
Sin rango de edad	TD Adulto	Segunda	6	5	2020		2338X004AE	SAN CAYETANO CENTRO DE SALUD	Jordan Fabian Gelvez Perez
Sin rango de edad	COVID JANSSEN	Única	9	7	2021	Janssen	213A21A	SAN CAYETANO CENTRO DE SALUD	ALBEIRO RUBIO MONOGA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

Powered by CamScanner

10288

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
51	
52	
53	
54	
55	

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)
Cenbarranes bolivano	Nit.	901013433	

59. Ubicación
Dirección: cll 32 b2c 59 Barrio Jardín
Teléfono fijo o Celular: 3132213319
Correo Electrónico: Contabilidad.bolivano@gmail.com
Departamento: Meta
Municipio / Distrito: Villavicencio

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. Ingreso en EPS régimen subsidiado
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliación colectiva
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliación colectiva.
- [ ] 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 Pago de prestación económica.
- [ ] 18. Retiro 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
Escalona	Cortes	Jhonnathan	Walter

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	67. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1092649	Femenino Masculino X	M X T NB Otro Cual	01 / 11 / 1991

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	01 / 01 / 2016	Código	Cafam

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaración 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 ocurrencia 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 inscripción 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 las bases de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley tengan la misma función.
- [ ] 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 deralizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la establecido en la Ley 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. de 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
Jhonathan Walter.	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: EN RC TI CE CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del certificado de discapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de nacimiento, 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 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 acta administrativa 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 bajo la gravedad de juramento
- [ ] 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 Dec ero 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliación colectiva.
- [ ] 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 POBLACIONES 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 POBLACIONES ESPECIALES

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	96. Firma del funcionario	95. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

Recuerda 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

Tipo identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento

10780

Cofrem

FORMATO "AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1

Version. 20

Dependencia Generadora: División de Subsidios | Código PD-170-01-F01 | F. Vigencia: 2025-02-18

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

DATOS DE LA EMPRESA

Fecha de Diligenciamiento: 14 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliación | X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: Construcciones seguros sas. | NIT | CC | CE | No: 901013937

Dirección Principal Empleador: Calle 37b N 20A 57 Jordan. | Celular: 3162253719

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Escobar | Segundo Apellido: Ortiz | Nombres: Jhonathon Walter | TI | CE | PEP | PPT | No: 1092611103

Fecha de Nacimiento: 02 11 1999 | Fecha de Expedición Documento | Sexo: M | F | NB | Celular

Cargo: Auxiliar de Obra | Salario Básico Mensual: 1.750.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: I

Fecha de Ingreso: 09 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: Centro Poblado La Unión Meta | Barrio/Vereda: la Unión | Ciudad/Municipio: Uribe-meta | Rural | Urbano | País: Colombia.

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 37b 20N 57 Jordan. | Barrio/Vereda: Jordán | Ciudad/Municipio: Villavicencio | Rural | Urbano | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

SEÑALE CON UNA X

ESTADO CIVIL: Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a) | ORIENTACION SEXUAL: Heterosexual | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar | Básica | Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adulto | Media Adultos

1ª Infancia | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional Universitario | Posgrado/Maestría | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible | No se autoreconoce | Raizal del Archi do San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad | Desplazado | Damnificado Desastre Natural | Desmovilizado o Reinsertado | Población Zonas Fronteras | No disponible

Vic. Conflicto Armado no Desplazado | Ejercicio Trabajo Sexual | Hijo(a) Familia de Madre Cabeza | Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado | Población Migrantes | No aplica

DATOS DE PERSONAS A CARGO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	CC	TI	CE	PEP	PPT	No

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección: | Barrio: | Ciudad

Correo Electrónico: | Celular:

Nombre del Empleador donde Trabaja* | Profesión: | Salario Básico Mensual $: | Recibe Cuota Monetaria | SI | NO

DATOS DE PADRES, HIJOS, CÓNYUGE, HERMANOS, HERMANO HOMBRE MENORES DE 18 AÑOS EN CUSTODIA

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DE OTRAS EMPLEADORAS CUANDO TRABAJA MAS DE UNA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que cuando la madre de los personas a cargo no haga parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación.

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador diligenciar los siguientes datos

Nombre: | Correo electrónico: | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de clasificación según el artículo 46 de la ley 2ª de 1982.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co mediante el cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar otorga a sus afiliados, usuarios y público en general por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una efectiva comunicación de nuestros servicios sociales, programas, eventos, estudios, concursos, ferias, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con la Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Vigilado Superintendencia

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

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

A. 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 X; Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado
4. Cotización solidaria: SI; No
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X; B. Cabeza de Familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

B. 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
escalona	ortiz	Jhonnathan	walter

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	1092 697 103	Femenino; Masculino X	F; M X; T; NB; Otro		Colombiana

14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
colombia / Colombia	Meta.	villavicencio	01/11/1989

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: SI; No X — Categoría de discapacidad	19. Tiene el cuesta SISBÉN: SI; No X	20. Clasificación SISBEN: Nivel; Grupo	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura.	Porvenir.	1350 905	

26. Residencia Dirección: barcelona la merced — Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3116559035 — Correo Electrónico: ortizwal@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Corregimiento	Zona: Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso X; Resto Rural
Meta	Uribe.		

D. 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: Femenino; Masculino	31. Sexo identificación: F; M; T; NB; Otro	Cuál	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País; Departamento; Municipio — 34. Fecha de nacimiento

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							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Teléfono fijo y celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional o valor en $ (en
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 / Corregimiento	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ESCALONA ORTIZ JHONNATHAN WALTER** identificado(a) con **CC** número **1.092.647.103** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de julio de 2017 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 14 de enero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocali/proteccion/**

Completo

ARL | sura

Medellín, 07 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1092647103	ESCALONA ORTIZ JONNATHAN WALTER	08/01/2026		13731772	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 07/01/2026 22:18:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 192.230.104.3, 172.16.42.57

102.090



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.092.647.103
ESCALONA ORTIZ
APELLIDOS
JHONNATHAN WALTER
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1989
SAN CAYETANO
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-ENE-2017 ARBOLEDAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-2500700-00685537-M-1092647103-20170224 0053840950A 1 47840542

160.101

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.094.350.013
JAIMES SOSA

JESUS HUMBERTO

Jesus Humberto Jaimes Sosa



20-OCT-1996
CUCUTA
NORTE DE SANTANDER

1.70 O+ M

22-OCT-2008 SAN CAYETANO

(07092)

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
		AUXILIAR	

I. DATOS PERSONALES



Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
JAIMES	SOSA	JESUS HUMBERTO

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
AUXILIAR DE OFICIOS VARIOS	4	$ 1.200.000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento D M A	(*) Estado civil
CUCUTA NORTE SANTANDER	20 10 1996	UNION LIBRE

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
SAN CAYETANO	SAN EDUARDO	3203544299

Cédula de ciudadanía N°	(**) Libreta militar N°	Distrito N°	Primera clase	Segunda clase
1094350020			X	

Expedida en: San cayetano

Licencia de conducción	¿Vivienda propia? Si / No	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	/ X			

¿Está trabajando actualmente? Si / No	¿En qué empresa?	Empleado / Independiente	Tipo de contrato
/ X		/	

II. EDUCACION Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria				
Bachillerato	San cayetano			
Educación Superior			Años cursados: 9	2013

Título obtenido y/o especialidad:

Tipo de formación: Técnica / Tecnológica / Profesional

¿Qué estudios realiza actualmente?

Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Inducoque	Ocaña	3125067082

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Yessica reyes	Auxiliar

Funciones realizadas: Mantenimiento oficios varios

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
29-02-2023	23-03-2023	$ 1.200.000	$ 1.200.000

Motivo del retiro: Terminacion de contrato

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Inducoque	Ocaña	3125067082

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Yessica reyes	oficios varios

Funciones realizadas: Mantenimiento oficios varios

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro:

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Indique con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERIA / AVICULTURA		Cuero y Calzado	X	Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACION	
MINERIA		Papel y Carton		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETROLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Graficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Quimico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plastico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAIZ			
Tabaco		Vidrio, Ceramica y Cemento	X	CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Nary Perez	Ama de casa	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
	KDX-116.39	3059395654	Cucuta

N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
1	Esposa	50

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio
Humberto Jaimes	Agricultor

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

	Nombre	Ocupacion	Direccion	Telefono
1.-	Jomar Ugarte	Minero	KDX-116 39	3204808613
2.-	Luis Espejo	Pizzero	KDX-116-32	3222691296

VII. INFORMACION ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?				¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	
	Anuncio		Amigo X		Si No X
	Agencia		Otro		

Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento

Si tiene parientes en esta empresa menciónelos

Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir 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°) Regimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)

Firma del solicitante

C.C. 1094350013

VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Concepto segundo entrevistador

	Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha

Conclusiones

	Fecha

Candidato seleccionado definitivamente Si No	Contratese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si No	Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA

LUGAR	: SAN CAYETANO N. DE S.
SECUNDARIA	: COLEGIO TEODORO GUTIERREZ CALDERON
LUGAR	: SAN CAYETANO N. DE S.

EXPERIENCIA LABORAL

ENTIDAD	: HYUNDAY – TEMPORAL S.A.
JEFE INMEDIATO	: YAMIL MATAMOROS
TELEFONO	: 5718662
CARGO	: AYUDANTE
TIEMPO DE SERVICIO	: 2 AÑOS
CIUDAD	: SAN CAYETANO (N. DE S.)
ENTIDAD	: EQUIPOS Y TERRATEST SAS
JEFE INMEDIATO	: LEONARDO RAMOS CONVERS
TELEFONO	: 316 4326481
CARGO	: AYUDANTE DE OBRA
TIEMPO DE SERVICIO	: 10 MESES
CIUDAD	: SAN CAYETANO (N. DE S.)
ENTIDAD	: GARCIA VEGA S.A.S.
JEFE INMEDIATO	: YESSICA LUZDARY CASTRO GOMEZ
TELEFONO	: 6524768
CARGO	: AUXILIAR OPERATIVO
TIEMPO DE SERVICIO	: 4 MESES
CIUDAD	: SAN CAYETANO (N. DE S.)

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	: JOSE ANTONIO RAMOS
CARGO	: AUXILIAR
CELULAR	: 311 6194271
CIUDAD	: BOGOTA, D.C.
NOMBRE	: OSCAR ACHITON
CARGO	: OPERADOR
CELULAR	: 310 6111806
CIUDAD	: BOGOTA, D.C.

REFERENCIAS FAMILIARES

107.095

JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA

NOMBRE	: LUCIA SOSA
CARGO	: AMA DE CASA
CELULAR	: 314 5476425
CIUDAD	: SAN CAYETANO. DE S.

NOMBRE	: HUMBERTO JAIMES
CARGO	: OFICIOS VARIOS
CELULAR	: 310 8456256
CIUDAD	: SAN CAYETANO N. DE S.

JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA
C.C. No 1.094.350.013 DE SAN CAYETANO

10206

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.094.350.013

JAIMES SOSA

JESUS HUMBERTO

Jesus Humberto Jaimes Sosa



20-OCT-1996

CUCUTA

(NORTE DE SANTANDER)

1.70 O+ M

22-OCT-2014 SAN CAYETANO

JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJERCITO NACIONAL

TARJETA DE CONDUCTA

El COMANDANTE BAT.ING. 30 JOSE A. SALAZAR A.

Hace constar que el SOLDADO BACHILLER

JAIMES SOSA JESUS HUMBERTO

Con Tarjeta de Reservista No. 1094350013

Observó EXCELENTE Conducta durante su Servicio

Militar obligatorio prestado en esta Unidad, del 14 ENE 16 al 14 ENE 17

TIBU-N/S. 14-ENERO-2017
LUGAR Y FECHA

TC. EDISON MONTENEGRO ARIZA
FIRMA Y POSTFIRMA CDTE. UNIDAD

DEBERES DE LOS RESERVISTAS DE PRIMERA CLASE

1. Porte la Tarjeta de Reservista y conservela en buen estado.
2. Cuando cambien de domicilio presentese en la Alcaldia, Distrito Militar o Comando de Circunscripción Militar para informar tal hecho.
3. Cuando se decrete la Movilizacion o llamamiento especial, presentese en la Unidad Militar más cercana, o al Alcalde del municipio de su residencia. El incumplimiento le ocasiona sanciones previstas en el Artículo 143 del Código de Justicia Penal Militar.

044353

"SI QUIERES LA PAZ PREPARATE PARA LA GUERRA"

JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
TARJETA MILITAR DE PRIMERA CLASE
RESERVISTA DE PRIMERA CLASE



NOMBRES: JESUS HUMBERTO

APELLIDOS:

Fusilero



ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 48/93 Y DEMÁS LEYES QUE LO MODIFIQUEN O ADICIONEN

PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1a LINEA	FECHA DE 2a LINEA	FECHA DE 3a LINEA
2013	2023	2033

A117719

UNIDAD MILITAR: Batallón de Ingenieros No. 30 "Coronel Jose Alberto Salazar Arana"
FECHA DE EXPEDICION: 14/07/2017
DISTRITO MILITAR: 035

DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJERCITO



102.099.

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA identificado(a) con CC 1094350013 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 825075336 desde el 30 de enero de 2023, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 30 de enero de 2023, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero
Gerencia de Soluciones para el Cliente
Banco de Bogota

(09.100

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Jesus Humberto
Apellidos: Jaimes Sosa

Documento de identidad: CC X | Pasaporte | PEP | Otro | Cual

No. 1094350013

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 10 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	7/6/21	Moderna	000214	San Cayetano	Albeiro Rubio Monoga ENFERMERA	1094347343
	2	20/10/21	Moderna	000214	San Cayetano	Yeraldine Carrillo ENFERMERA	

(09-10)

Certificado de Vacunación

Institución: Dra Angelica Paz

Nombre: Acuña Jaime 3058

Identificación: 1084250013 Tel: 3203246099

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Tetano	1	Ene-24/23	220900222A	

JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA

Conservelo

La salud es de todos

Certificado de vacunación del adulto

Jesus
Jaimes SOSA

103
101

E.P.S.Sanitas

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**.

CERTIFICA

Que **Jesus Humberto Jaimes Sosa** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1094350013**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1094350013
NOMBRES Y APELLIDOS	Jesus Humberto Jaimes Sosa
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	20/10/1996
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 Tiene El Servicio Suspendido
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	18 - Inconsistencias En Pagos De Cotizacion Obligatoria
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	10/08/2021
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	31/12/2022
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	10/08/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 800239275 LINCE INGENIERIA LTDA Desde 25/09/2022 Hasta 31/12/2022
N.I.T. 900501552 EQUIPOS Y TERRATEST SAS Desde 10/08/2021 Hasta 30/11/2022
N.I.T. 807001530 TEMPORAL S A Desde 13/07/2022 Hasta 23/08/2022
N.I.T. 900738279 JVS INGENIERIA Y APLICACIONES SAS Desde 27/10/2021 Hasta 02/07/2022

Generado por htgarcia 28/01/2023

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

107-104.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JAIMES SOSA JESUS HUMBERTO** identificado(a) con **CC** número **1.094.350.013** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN desde el dia 02 de enero de 2015 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el dia 29 de mayo de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestion de Operaciones.

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros.
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/05/2023 11:28:47 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1094350013** y Nombre: **JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **61856801** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICIA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:27:35 AM horas del 29/05/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1094350013**

Apellidos y Nombres: **JAIMES SOSA JESUS HUMBERTO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 38552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.ansc
ansc@policia.gov.co

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 29 de mayo de 2023, a las 10:25:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1094350013
Código de Verificación	1094350013230529102557

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Genero: WEB

801-107

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 224003396

WEB
10:30:05
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de mayo del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1094360013

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

MINISTERIO DEL TRABAJO

101-109

Bogotá D.C., mayo 29 de 2023

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1094350013, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO
OFERENTE CAPCITACIÓN: VPC PROTECCION EN ALTURAS
ENTRENADOR : DULAYNE STELLA PALENCIA TRILLOS
SEDE DONDE SE FORMÓ: V.P&C PROTECCION EN ALTURAS
FECHAS DE FORMACIÓN: 03/03/2022 a 05/03/2022
INTENSIDAD HORARIA: 20 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día mayo 29 de 2023

R.T.A.
Respuesta.Alterna®

Certificado

Certificado RTACH-322-12886

Certifica que

Jesus Jaimes Sosa

Con identificación:

1094350013

Asistió a la capacitación:

OPERACIÓN SEGURA DE GRUA CELOSIA Y APAREJADOR / SEÑALERO Bajo la Norma de ASME B30.5 / OSHA 1926.1400

Realizado el
20 de Febrero de 2020
Con una intensidad de 7 horas
Zulia - Santander- Colombia

Ing. Andrea Vera
Directora de procesos mecánicos
Trainer by NACB

Ing. Luis Eduardo De La Rosa
Entrenador
Trainer by NACB

comercial@respuestaalterna.com
(57) (1) 627 65 27 (57) 317 513 34 02
Bogotá - Colombia

www.respuestaalterna.com

CONSORCIO
BOYACÁ
CONCLUIR HB - TCU

107-111

CERTIFICACION

Certificamos que el(a) señor(a) **JAIMES SOSA JESUS HUMBERTO,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.094.350.013 DE SAN CAYETANO, N DE S, laboró para nuestra Compañía **CONSORCIO BOYACA CONCLUIR HB-TCU.** con el NIT No. 901.441.614-2, para el Contrato suscrito con el INSTITUTO NACIONAL DE VIAS - INVIAS, para la ejecución del proyecto *Mejoramiento, rehabilitación y mantenimiento, gestión predial, social y ambiental sostenible de la carretera Cúcuta – Sardinata –Ocaña - Aguaclara, incluye el nuevo puente sobre el rio Zulia, en el departamento de norte de Santander, en marco del programa de obra pública "concluir y concluir para la reactivación de las regiones". Módulo 3.*

Desde el dia 1 de febrero de 2023, hasta el día 27 de marzo de 2023 Se desempeñó en el cargo de **AYUDANTE DE OBRA,** con contrato a término de obra o labor contratada.

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de **SAN JOSE DE CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)**, a los (27) días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente,

LUZ DORA CAMACHO HURTADO
ADMINISTRADOR OBRA
CONSORCIO BOYACA CONCLUIR HB-TCU

c.c.: Hoja de Vida.

102-112

CODIGO :FO - SP - 67 FECHA : FEBRERO 2019 HOJA 1 DE 1	**CONSTANCIA LABORAL SIN SUELDO** VERSION : 0.0	

A SOLICITUD DEL INTERESADO

Que el señor: JAIMES SOSA JESUS HUMBERTO identificado con Cedula de Ciudadanía No 1094350' laboró para esta empresa:

CARGO :	**AUXILIAR MECANICO**
CONTRATO :	**Desde 5/07/2022 Hasta 23/08/2022**
TIPO CONTRATO :	**OBRA O LABOR CONTRATADA**
EMPRESA :	**TERMOTASAJERO DOS S.A. ESP-529**

Cualquier información adicional con mucho gusto la suministramos en el teléfono 314 4580938 ó al (607) 5955362

Se expide a los 24 Dias del mes de agosto del 2022

Atentamente,

ENDER ORTEGA DELGADO
Jefe Talento Humano
TEMPORAL SA

PROYECTO
PROCESO SUMINISTRO DE PERSONAL

Calle 1 # 47-28 Barrio La Ceiba
Tel: (607) 5955362
E-mail: temporalsa.rrhh@gmail.com - www.temporalsa.com
Cúcuta - Colombia

107-113

TEMPORAL S.A.

SERVICIO TEMPORAL ESPECIALIZADO

N.I.T. 807.001.330-4

A SOLICITUD DEL INTERESADO

Que el señor JAIMES SOSA JESUS HUMBERTO identificado con Cedula de Ciudadania No 1094350013 labora para esta empresa

CARGO :	**AYUDANTE**
CONTRATO :	**Desde 06/12/2014 Hasta 06/12/2015**
TIPO CONTRATO :	**OBRA O LABOR CONTRATADA**
EMPRESA :	**HYUNDAY - FIJOS**

Cualquier información adicional con mucho gusto la suministraremos en el telefono 5718662-5836787 EXT 102

Se expide a los 7 Dias del mes de diciembre del 2015

Atentamente

YAMIL MATAMOROS
Gerente Comercial
TEMPORAL SA

Calle 12 Nº 4-19 Oficina 502 - 504 Edif Panamericano Tel. 5718662 - Fax 5836787 Ext 108
E-mail temporalsacopia@gmail.com www.temporalsa.com
Cucuta - Colombia

2 de Julio de 2022

San Cayetano, Norte de Santander

ASUNTO: CARTA DE FINALIZACIÓN DE CONTRATO

Estimado
Jesús Humberto Jaimes Sosa
Auxiliar de Obra
San José de Cúcuta

Reciba un cordial y respetuoso saludo, por medio de la presente me permito ratificar por escrito la culminación del contrato REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL CHIMENEA TERMOTASAJERO DOS S.A E S.P, ya que el objeto del mismo llega a su finalización y por tal motivo la empresa JVS INGENIERIA Y APLICACIONES SAS prescinde de los servicios prestados de JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA, identificado con CC. 1.094.350.013, el cual se desempeñó en el cargo de AUXILIAR DE OBRA, el cual se desempeñó desde el 27 de Octubre de 2021, hasta el 2 de julio de 2022. De ante mano agradezco los servicios prestados en el tiempo laborado.

Atentamente,

JOSÉ VICENTE SÁNCHEZ
Gerente JVS

JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA
Auxiliar de Obra

511-101

HACE CONSTAR:

Que el señor, **JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA**, identificado con cedula de ciudadanía 1.094.350.013, laboró en nuestra empresa desde el 10 de abril de 2018 hasta el 31 de Julio de 2018 con un contrato de obra o labor determinada, se desempeñó en el cargo de **AUXILIAR OPERATIVO 2 (OPERARIO DE EQUIPOS MANUALES)** y el motivo del retiro fue por terminación de contrato por avance de obra.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado el 31 de Julio de 2018.

YESSICA LUZDARY CASTRO GOMEZ
Coordinadora Talento Humano

102.116

JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA

EQUIPOS Y TERRATEST
Soluciones

CERTIFICACIÓN

EQUIPOS Y TERRATEST SAS identificada con **NIT 900.501.552 - 9** certifica que el señor (a) **JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA** identificado (a) con cedula de ciudadania No. **1.094.350.013**, laboro en la empresa desempeñando el cargo de **AYUDANTE DE OBRA** mediante un contrato labor contratada desde el dia 07/08/2019 hasta el 05/08/2020.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá D.C. a los 09 días del mes de agosto de 2020.

Cordialmente,

EQUIPOS Y TERRATEST
RRHH

LEONARDO RAMOS CONVERS
Responsable de Recursos Humanos
Cel. 316 432 64 81
Email: recursoshumanos@equiposyterratest.com

CERTIFICACIÓN

EQUIPOS Y TERRATEST SAS identificada con **NIT 900.501.552 - 9** certifica que el señor (a) **JAIMES SOSA JESUS HUMBERTO** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. **1.094.350.013,** laboro en la empresa desempeñando el cargo de **AYUDANTE DE OBRA** mediante un coptrato labor contratada desde el dia **02/02/2021** hasta el **18/05/2021.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de mayo de 2021.

Cordialmente,

LEONARDO RAMOS CONVERS.
Coordinador de recursos humanos
recursoshumanos@equiposyterratest.com
Cel. + 57 – 316 432 64 81

8/1/401

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Jesus Humberto
Apellidos: Jaimes Sosa

Documento de identificación: CC X Pasaporte PEP otro cual:
No. 1094350013

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 10 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	7/8/21	Moderna	000214	San Cayetano	Albeiro Rubio Monoga ENFERMERA	1094347343
	2	20/10/21	Moderna	000214	San Cayetano	Geraldine Carrillo ENFERMERA	

(07-11-19)

Certificado de Vacunación

Institución: Dra Angelica Baros

Nombre: Acuña Jaime 2035

Identificación: 1-094-350613 Tel: 326324 [illegible]

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Tetano	1	Ene-24/25	220800222 A	

102.120

JESUS HUMBERTO JAIMES SOSA

102-121

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
51		
52		
53		
54		
55		

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 a pagador de Pensiones (A registrar por la EPS)
Confecciones Bayerno	Nit.	9016843 39.	

59. Ubicación
Dirección: Cll 37 b 20 57 Barro Abajo.
Teléfono fijo o Celular:
Correo Electrónico: Confecciones.bayerno@gmail.com
Departamento: Atlántico
Municipio / Distrito: Sabanagrande.

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 — Cód-30
- [ ] 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 entorno 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
Jaimes	Sosa	Jesus	Humberto

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	Cuál	64. Fecha de nacimiento
CC	1.044.350.613	Femenino / Masculino X	F / M X / T / NB / Otro		20/10/1996

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	01/01/2026	Código	Cafaguajira

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 afiliación 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 fechas 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. de 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
Jaime Sosa.	Nuvil Cano

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 el que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL 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	96. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

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

Doc Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Hacienda	Sticker procesamiento

8. REPORTE DE NOVEDADES

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1 | Versión: 20 | F. Vigencia: 2025-02-18

Cofrem

Dependencia Generadora: División de Subsidios | Código: PD-170-01-F01

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Fecha de Diligenciamiento: 19 | 01 | 2026 — Afiliación primera vez: | Adición personas a cargo: | Reafiliación: X — Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: Construcción el bebedero S.A.S. — NIT: CC CE No: 1010 34137

Dirección Principal Empleador: Calle 37b n 26 n 59 barda — Celular: 318 225 3719

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Jaimes — Segundo Apellido: Sosa — Nombres: Jesus Humberto — TI CE PEP PPT No: 1 094 350 013

Fecha de Nacimiento: 20 | 10 | 1996 — Fecha de Expedición Documento: 22 | 10 | 2014 — Sexo: X F NB — Celular:

Cargo: Auxiliar de obra. — Salario Básico Mensual: 1 750.905 — Fijo | Variable | Tipo de Contrato: X

Fecha de Ingreso: 09 | 01 | 2026 — Correo Electrónico:

Dirección Residencia: (Calle Poblado) Villavicencio Meta — Barrio/Vereda: la uribe. — Ciudad/Municipio: Uribe-meta — Rural | Urbano — País: Colombia

Resguardo: — Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 37b n 26 n 59 — Barrio/Vereda: barda — Ciudad/Municipio: Villavicencio — Rural | Urbano — País: Colombia

Profesión: — Empleador Anterior: — Fecha de Retiro:

ESTADO CIVIL

Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a)

ORIENTACION SEXUAL

Heterosexual | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar | Básica | Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adulto | Media Adultos

1ª Infancia | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional Universitario | Posgrado/Maestría | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible | No se autoreconoce | Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad | Desplazado | Damnificado Desastre Natural | Desmovilizado o Reinsertado | Población Zonas Fronteras | No disponible

Vic. Conflicto Armado no Desplazado | Ejercicio Trabajo Sexual | Hijo(a) Familia de Madre Cabeza | Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado | Población Migrante | No aplica

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC TI CE PEP PPT No.

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección: | Barrio: | Ciudad:

Correo Electrónico: | Celular

Nombre del Empleador donde Trabaja | Profesión | Salario Básico Mensual $ | Recibe Cuota Monetaria: SI NO

DATOS DE LOS HIJOS MENORES DE EDAD Y/O PADRES QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

SOLICITUD DE TODOS EMPLEADORES SERVICIOS DOMESTICOS

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la única autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los mismos y los datos solicitados a continuación

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos: Nombre | Correo electrónico: | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de clasificación según lo establecido en el artículo 45 de la ley 21 de 1982

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co , información que será utilizada para las siguientes finalidades:

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados usuarios y público en general por sí mismo o mediante su encargo o terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una efectiva comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y temas relacionados.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con la Caja de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservarán y administrarán bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Vigilado Superintendencia

Jesus Jaimes. — FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR

FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiestan no saber o no poder firmar, su autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios, los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no firmar, marque con una X la siguiente casilla

107.123

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JAIMES SOSA JESUS HUMBERTO** identificado(a) con **CC** número **1.094.350.013** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de enero de 2015 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 14 de enero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 08/01/2026

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Jaimes	Ruiz	Jesus	Humberto

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	1094350613	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		Colombiana

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	Colombia	Norte de Santander	Cucuta	26/11/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad	19. Tiene sisbén	20. Clasificación SISBEN	Nivel	Grupo	21. Grupo de población especial
		Si ___ No X		Si ___ No X				

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura	Porvenir	1'350.905	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Barrio el Escorial	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3142352816	

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural
Meta	Lejbe		

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: Femenino Masculino	31. Sexo identificación: F M T NB Otro — Cuál	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene sisbén	48. Discapacidad	49. Emancipado	50. Independiente permanente
B1					Si ___ No ___		Si ___ No ___	Si ___ No ___
B2					Si ___ No ___		Si ___ No ___	Si ___ No ___
B3					Si ___ No ___		Si ___ No ___	Si ___ No ___
B4					Si ___ No ___		Si ___ No ___	Si ___ No ___
B5					Si ___ No ___		Si ___ No ___	Si ___ No ___

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del beneficiario adicional a reportar 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	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

AFILIACIÓN

1021201

Completo

ARL | sura

10/7/26

Medellín, 07 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1094350013	JAIMES SOSA JESUS HUMBERTO	08/01/2026		217192B1	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 07/01/2026 22:16:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 192.230.104.3, 172.16.42.57

107126

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1 | Versión 20 | F. Vigencia: 2025-02-18

Dependencia Generadora: División de Subsidios | Código: PD-170-01-F01

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

DATOS DE AFILIACIÓN (Diligenciar por el Empleador)

Fecha de Diligenciamiento: 14 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliación X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: Construccion el segundo sas. | NIT CC CE No. 901013134

Dirección Principal Empleador: Calle 39b N 20m 51 Jordan | Celular: 3167253719

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Valencia | Segundo Apellido: Laguna | Nombres: Jaiber David | TI CE PEP PPT No 1120385188

Fecha de Nacimiento: 13 09 1999 | Fecha de Expedición Documento | Sexo M F NB | Celular:

Cargo: Auxiliar de Obra | Salario Básico Mensual: 1.450.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato X

Fecha de Ingreso: 09 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: Barrio Bolivar Barrio/Vereda: La Uribe | Ciudad/Municipio: Uribe - meta | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 39b N 20m 51 | Barrio/Vereda: Jordan | Ciudad/Municipio: Villavicencio | Rural | Urbano X | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro

DATOS COMPLEMENTARIOS

ESTADO CIVIL: Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a)

ORIENTACION SEXUAL: Heterosexual | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar | Básica | Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adulto | Media Adultos

1ª Infancia | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional Universitario | Posgrado Maestría | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible | No se autoreconoce | Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad | Desplazado | Damnificado Desastre Natural | Desmovilizado o Reinsertado | Población Zonas Fronteras | No disponible

Vic. Conflicto Armado no Desplazado | Ejercicio Trabajo Sexual | Hijo(a) Familia de Madre Cabeza | Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado | Población Migrante | No aplica

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A)

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC TI CE PEP PPT No.

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección. | Barrio | Ciudad.

Correo Electrónico: | Celular

Nombre del Empleador donde Trabaja. | Profesión | Salario Básico Mensual $. | Recibe Cuota Monetaria SI NO

DATOS DE LA PERSONA QUE DESIGNA COMO BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DE CONTRATO (Diligenciar por el Empleador)

NOMBRE DEL EMPLEADOR | NIT | FECHA DE INGRESO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la única autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar copia/prueba de identidad vigente de las mismas y los datos solicitados a continuación:

Si el(la)la autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos.

Nombre | Correo electrónico | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de sanción según el artículo 46 de la ley 21 de 1982

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co, información que será utilizada para las siguientes finalidades:

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, ofertas, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones sus preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y de la Caja de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicados durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debemos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichos datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Vigilado Supersubsidio

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

ARL | sura

107127

Medellín, 07 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1120385188	VALENCIA LAGUNA JAIBER DAVID	08/01/2026		13614418	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 07/01/2026 22:23:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 192.230.104.3, 172.16.42.57

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

018 19912955

FECHA DE RADICACIÓN 14 01 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. DATOS DEL TRAMITE
1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN — B. REPORTE DE NOVEDADES ✓
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual — AC. Cotizante o cabeza de familia — Bi. Beneficiario o afiliado adicional — B. Colectivo — C. Institucional — D. De oficio
3. REGIMEN: A. Contributivo ✓ — B. Subsidiado
4. CONTRIBUYENTE SOLIDARIO: 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. CODIGO

II. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Valero — SEGUNDO APELLIDO: Laguna — PRIMER NOMBRE: Jaiber — SEGUNDO NOMBRE: David
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1120385188
11. SEXO BIOLOGICO: M
12. SEXO IDENTIFICACION: Cual?
13. NACIONALIDAD: colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO: colombia
15. FECHA NACIMIENTO: 13 09 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
16. EDAD: 6
17. COMUNIDAD INDIGENA
18. DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☐ — CATEGORIA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE DIGNOSTICO SISBEN? SI ☐ NO ☐
20. CLASIFICACION SISBEN — NIVEL — GRUPO
21. GRUPO POBLACION ESPECIAL
22. ARL: Sura
23. AFP
24. ICC
25. TIPO A CONTRIBUCION SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCION: Calle 11 No. 12-13
TELEFONO FIJO: 7250901
TELEFONO CELULAR: 3184222848
CORREO ELECTRONICO: jaibervalero99@gmail.com
DEPARTAMENTO: Meta
MUNICIPIO/ DISTRITO: La Uribe
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: RURAL ✓ — CENTRO POBLADO — RURAL DISPERSO — RESTO URBANO
IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (cónyuge, compañero (a) permanente del cotizante)
27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 29. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 30. SEXO BIOLOGICO — 31. SEXO IDENTIFICACION: Cual?
32. NACIONALIDAD — 33. LUGAR DE NACIMIENTO — 34. FECHA NACIMIENTO

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. NUMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACION	41. FECHA DE NACIMIENTO DIA	MES	AÑO
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Datos complementarios del Beneficiario — 42. PARENTESCO — 43. ESTADO CIVIL — 44. OCUPACION — 45. ZONA — 46. CLASIFICACION SISBEN — 47. GRUPO — 48. DISCAPACIDAD SI — NO	49. DISCAPACIDAD — 50. RESIDENCIA SI — NO	51. Datos de residencia — 52. DIRECCION	53. IPS
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	54. TELEFONO FIJO Y/O CELULAR	55. DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	56. MUNICIPIO/ DISTRITO DE RESIDENCIA	57. ZONA	58. CORREO ELECTRONICO	59. IPS	60. ENTIDAD DE LA QUE PROVIENE EL AFILIADO
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
55. Razón social o apellidos y nombres completos — 56. Tipo documento de identificación — 57. Número del documento de identificación — 58. Fecha de radicación de la solicitud
59. Dirección
60. Teléfono
61. Departamento — 62. Municipio — 63. Zona — 64. Correo electrónico

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
69. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 62. SEXO BIOLOGICO — 63. SEXO IDENTIFICACION: Cual?
64. FECHA NACIMIENTO — 65. EDAD — FECHA DE NOVEDAD — 67. MOTIVO DE TRASLADO — Codigo

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS
Firma del cotizante cabeza de familia, representante legal o apoderado — 81. El empleador, representante o responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES
92. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio — Código del departamento — 93. NOMBRE DE LA INSTITUCION

XII. DATOS DE LA INSTITUCION Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN
94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN — 97. FECHA DE VALIDACIÓN
OBSERVACIONES

1 - Cabeza de ff 01/04/2025

1071258

Powered by CamScanner

107129.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

JAIBER DAVID VALENCIA LAGUNA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.385.188**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.774.400

BALLESTEROS
APELLIDOS

HECTOR ORLANDO
NOMBRES

Hector OBAllesteros
FIRMA

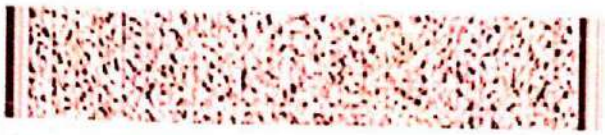




26-JUL-1985
BOGOTA D C
(CUNDINAMARCA)

1.68 A+ M

14-OCT-2003 BOGOTA D C



10713 1

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE forma minerva 10-00

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
		Ayudante de Construccion	

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Ballesteros		Hector Orlando

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Ayudante de construccion	10 años	$1.500 000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento D M A	(*) Estado civil
Lejanias Meta	26 07 1985	Union libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Calle 10 sur # 12 a 17 este	Juan Rey	3207576070

Cédula de ciudadanía N°	(*) Libreta militar N°
30774400	
Expedida en: Bogota DC	Distrito N° Primera clase ☐ Segunda clase ☐

FOTOGRAFIA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒	Danna Jimenez	3217628747	500.000

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☐	

II. EDUCACION Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Primaria				
Bachillerato				
Educación Superior			Años cursados	

Título obtenido y/o especialidad

Tipo de formación: Tecnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐

¿Qué estudios realiza actualmente? Horario

III. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Inversiones GyS SAS		3125464083

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Nelson enrique Gomez Garcia	Oficios Varios

Funciones realizadas: Oficios Varios, Demoliciones

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
15 febrero 2023	24 noviembre 2024	$ 2.100.000	$ 2 100.000

Motivo del retiro: Terminacion de Contrato

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Unión temporal Dobles calzadas	Dirección: Cra 15N 40-01	Teléfono(s): 6348671
Nombre de su jefe inmediato: Carlos Gomez Franco	Cargo(s) desempeñado(s) por usted: Ayudante De obra	

Funciones realizadas: Demolicion, muros de contencion, mezcla amarre De Hierro

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
16-01-2020	31-08-2020	$ minimo	$ minimo

Motivo del retiro: Terminacion de contrato

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

© Litos. Prohibida la reproducción total o parcial de esta forma sin autorización escrita de Litos. Para validar esta autorización ingrese a www.litos.com.co y siga las instrucciones.

107132

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresa ha trabajado e indique especialidad)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERIA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACION	
MINERIA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETROLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAIZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCION		INFORMATICO	X		

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o): Yamile Ramirez N.	Profesión, ocupación u oficio: independiente	Empresa donde trabaja:	
Cargo actual:	Dirección:	Teléfono: 3234674984	Ciudad: Villavicencio
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante: 4	Parentesco: hijos, madre	Edades: 15, 11, 04, 83	
Nombre(s) padre(s): Abela ines Ballesteros	Profesión, ocupación u oficio: Ama de casa		

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Jonata Garzon	supervisor	carrera 13B Este 71 26 Sur	3142143325
2.-	Jairo eduardo Cruz	ayudante construccion	Dirección:	Teléfono: 3117625264

VII. INFORMACION ADICIONAL

¿Quien le sugirió solicitar empleo en esta empresa? Anuncio: Amigo: Agencia: Otro: X	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si: X No:		
Nombre de la persona que lo recomienda: Ricardo Ballesteros	División o departamento: Meta		
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos: Si Hermano			

Nota importante
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir 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
Hector Ballesteros
c.c. 80774400

VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:			
	Vo. Bo. como candidato Firma	Fecha	
Concepto segundo entrevistador:			
	Vo. Bo. como candidato Firma	Fecha	
		Fecha	
Candidato seleccionado definitivamente Si: No:	Contrátese a partir del	Sueldo $	
Candidato elegible próximamente Si: No:	Cargo	Tipo de contrato	
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

107133

INVERSIONES GyS S.A.S
DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN

Bogotá D.C., noviembre 24 de 2023

REFERENCIA LABORAL

A QUIEN INTERESE

Nelson Enrique Gómez García identificado como aparece al pie de la firma, en calidad de Representante Legal de INVERSIONES G Y S S.A.S Nit 830.083.258-1., certifico que:

HECTOR ORLANDO BALLESTEROS identificado Con Cedula de Ciudadanía No 80.774.400 de Bogotá se desempeña en el oficial de Obra en la obra de Reforzamiento Estructural y adecuación del edificio patrimonial del Colegio Distrital IED La Merced, bajo la modalidad de contrato por labor contratada.

Este contrato se inició en fecha de febrero 15 de 2023 y a la fecha de la presente ha demostrado total responsabilidad, pulcritud, cumplimiento y calidad en las labores asignadas a él, a ejecutar dentro de la obra citada.

Cordialmente,

NELSON ENRIQUE GOMEZ GARCIA
R/L INVERSIONES GYS SAS
CEL 3125464083

UNIÓN TEMPORAL DOBLES CALZADAS

NIT: 901.002.757-4

107134

OP-25-20

CERTIFICACIÓN LABORAL

Que, el Señor , **HECTOR ORLANDO BALLESTEROS** identificado con cédula de ciudadanía No **80.774.400** de Bogotá D.C , laboró para la Unión Temporal desde el 16 de enero de 2020 al 31 de agosto de 2020 desempeñando el cargo de **AYUDANTE DE OBRA,** mediante contrato de trabajo a término fijo inferior a un año, en desarrollo del **PROYECTO No. 103 DE 2016 "MEJORAMIENTO DE LA VIA DESDE EL PUENTE DE LA INTERSECCION DE LA SÉPTIMA BRIGADA (KO+240) HASTA EL (K2+0,3444) EN LA VIA QUE CONDUCE DE VILLAVICENCIO A PUERTO LOPEZ, EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO – META" Y "MEJORAMIENTO DE LA VIA PRINCIPAL QUE CONDUCE DESDE INTERSECCIÓN FUNDADORES HASTA EL ACCESO CIUDAD PORFIA ETAPA 01 EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO, META".**

Se expide a solicitud del interesado a los cuatro (04) días del mes de septiembre de 2020 en Villavicencio-Meta.

Ing. CARLOS GOMÉZ FRANCO
Representante Legal Suplente

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 270514022

PIB
14:50:59
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 de mayo del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) HECTOR ORLANDO BALLESTEROS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80774400.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones publicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodriguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

107136

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 01 de mayo de 2025, a las 14:49:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	80774400
Código de Verificación	80774400250501144934

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

(0713

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:48:45 PM horas del 01/05/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80774400**
Apellidos y Nombres: **BALLESTEROS HECTOR ORLANDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados

107137

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	80774400
NOMBRES	HECTOR ORLANDO
APELLIDOS	BALLESTEROS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	05/06/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/01/2025 14:47:31	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en

102139

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

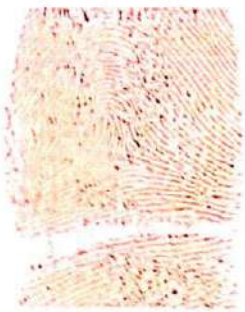
NUMERO 80.774.400

BALLESTEROS
APELLIDOS

HECTOR ORLANDO
NOMBRES

Hector OBallesteros
FIRMA





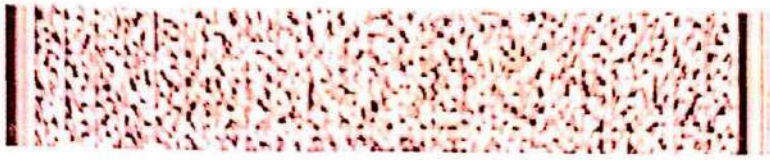
FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1985

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-OCT-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



Calidad
e innovación
para mejorar
TU SALUD

Este documento es válido solo en Colombia, será exigido para entrar a zonas de riesgo consérvelo. En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

www.virreysolisips.com

CARNÉ

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombres: Hector Orlando

Apellidos: Ballesteros

Documento de identidad: C.C. X T.I. ○ PASAPORTE ○ No 80774400

Fecha de Nacimiento: DÍA 26 MES 09 AÑO 1985

VIRREY SOLIS

Powered by CamScanner

107140

...GICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE LOTE	FIRMA
...MPIÓN ...EOLA	1			
...IDE ...NICO ...RICO ...d	1 2 3 4 5			
...TRA ...ITIS B	1 2 3 R			

BIOLÓGICO	DOSIS	FECHA	FABRICANTE LOTE	FIRMA
CONTRA FIEBRE AMARILLA	UNICA	22.12.2012	H5412	Terminal Terreshe
CONTRA INFLUENZA				
VIRUS DE PAPILOMA HUMANO				

Powered by CamScanner

107141

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁBICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

Visita nuestro sitio Web
www.vacunacionmundosalud.com
www.ipsmundosalud.com

Horario de Atención
lunes a viernes de 7:00 am a 5:30 pm
Sábados de 7:00 am a 3:00 pm

IPS Mundo Salud Medical Group

Institución especializada en Inmunobiológicos
Vacunación a nivel Nacional

+57-601-6967246 PQRS y/o F +57-601-6949372
+57-3042195009 +57-3203467063
IPS Mundo Salud Medical Group, Calle 27 sur No. 19-02 B. Olaya

Powered by CamScanner

107142

) DE VACUNACIÓN
DIA, PROTECCIÓN Y VIDA
900.160.179-1
estador 1100117560
ECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

IPS Mundo Salud

B 10770

ector Orlando Ballesteros

80 774400 SEXO: M

MIENTO: 25-07-85 TEL.: 3207576070

VIGILADO Supersalud

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETANICO Y DIFTÉRICO	1	02 MAY 2025	ANTITETANICA	IPS MUNDO SALUD
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

Powered by CamScanner

107143

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: HECTOR ORLANDO BALLESTEROS

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 8 0 7 7 4 4 0 0

Fecha de nacimiento / Date of birth: 26/07/1985

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number:

Correo electrónico / e-mail:

© [illegible]

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre amarilla	Primera dosis	22	12	2012	Stamaril	H5412 08-14	Centro de Salud Terminal Terrestre	
COVID JANSSEN	Única	6	10	2021	Janssen	203F21A	VIRREY SOLIS IPS SA BARZAL 2	CARLOS ANDRES AGUILAR PIRAGAUTA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

107401

ARL | sura

10745

Medellín, 07 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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	OBRA		Clase:	5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C80774400	BALLESTEROS	HECTOR ORLANDO	08/01/2026		21515544	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 07/01/2026 22:19:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 192.230.104.3, 172.16.42.57

10716

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Fredy, leon

Apellidos: García

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1005294878

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 16 Año 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	09-01-26	325	Viviana M.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	09-01-26	2334X005A	Viviana M.
	2	>	05 Febrero-26.	
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1 | Versión. 20 | F. Vigencia: 2025-02-18

Dependencia Generadora: División de Subsidios | Código: PD-170-01-F01

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

DILIGENCIAMIENTO POR PARTE DEL EMPLEADOR

Fecha de Diligenciamiento: 19 01 26 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliación X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: Construcciones bejarano sas | NIT | CC | CE | No. 901013437-1

Dirección Principal Empleador: cll 37 b # 20-57 Neiva | Celular: 3182253919

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Cano | Segundo Apellido: Barrera. | Nombres: Freddy. | CC | TI | CE | PEP | PPT | No: 1005 294 877

Fecha de Nacimiento: 26 12 2000 | Fecha de Expedición Documento: 08 02 2019 | Sexo: M | F | NB | Celular: 3116903012.

Cargo: Aux de obra. | Salario Básico Mensual: 1.350.905. | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: X | I

Fecha de Ingreso: 13 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: Condo | Barrio/Vereda: Cabe. | Ciudad/Municipio: Neiva | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: cll 37 b # 20-57 Neiva | Barrio/Vereda: Cabe. | Ciudad/Municipio: Neiva | Rural | Urbano | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL | Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a) | ORIENTACION SEXUAL | Heterosexual | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica Adultos	Secundaria Adulto	Media Adultos
1ª Infancia	Técnico Profesional	Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado/Maestría	Secundaria Normalista	Ninguno	Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible | No se autoreconoce | Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad	Desplazado	Damnificado Desastre Natural	Desmovilizado o Reinsertado	Población Zonas Fronteras	No disponible
Vic. Conflicto Armado no Desplazado	Ejercicio Trabajo Sexual	Hijo(a) Familia de Madre Cabeza	Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado	Población Migrante	No aplica

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A)

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC | TI | CE | PEP | PPT | No.

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección | Barrio. | Ciudad

Correo Electrónico: | Celular

Nombre del Empleador donde Trabaja. | Profesión: | Salario Básico Mensual $. | Recibe Cuota Monetaria | SI | NO

DATOS DE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS O MAYORES DE 18 AÑOS INCAPACITADOS O ESTUDIANTES QUE DEPENDAN ECONOMICAMENTE DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DEL EMPLEADOR PARA EL CUBRIMIENTO

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá anexar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación.

Si el titular autorizado para reclamar los cubos monetarios es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos:

Nombre: | Correo electrónico | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido suministrada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre reserva mínimas da causal de destitución según el artículo 45 de la ley 21 de 1982.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con las establecidas en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co información que será utilizada para los siguientes finalidades.

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social
- Lograr una efectiva comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios convenios, retos, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidios Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con la Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de enfermedad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos autorizar conocer actualizar rectificar suprimir la información almacenada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico clive.clondepatos@cofrem.com.co Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Vigilado Supersubsidio

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

107148

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/01/2026, el empleador CONSTRUCCIONES BEJARANO SAS identificado con NIT número 901013437 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9771186	13/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1005294878	FREDY LEON GARCIA	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-01-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

107149

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LEON GARCIA FREDY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.294.878,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ARL | sura

Medellín, 13 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005294878	FREDY LEON GARCIA	14/01/2026		t20131HS	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

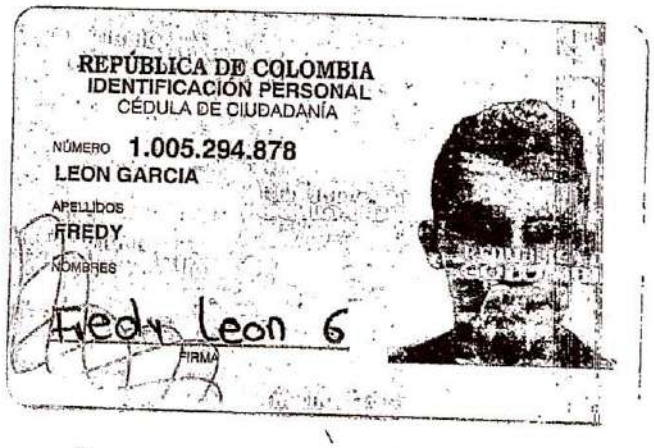
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 13/01/2026 16:53:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 198.143.41.36, 172.16.42.57



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.005.294.878
LEON GARCIA

APELLIDOS
FREDY

NOMBRES
Fredy Leon G

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-2000
LANDAZURI
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-FEB-2019 LANDAZURI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-2712000-01075690-M-1005294878-20190520 0065433605A 1 50868128

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Uribe meta	D 08 M 01 A 2026	Ayudante de obra	

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional Art. 117 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Leon	Garcia	Fredy



Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
		$ 1.750.905

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Landazury - Santander	D 26 M 12 A 2000	Union libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Carrera 09 N°01-31	Barrio Jardin	3114858217

Cédula de ciudadanía: N° 1005294878

Expedida en: Landazury

(**) Libreta militar N°

Distrito N° Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒	Jonsilane Triana	3133596991	300.000

¿Está trabajando actualmente?	¿En qué empresa?		Tipo de contrato
Si ☐ No ☒		Empleado ☐ Independiente ☒	

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Colegio Miralindo sede O	Landazury	Quinto	29-11-2013
Bachillerato	Establecimiento la corporacion educativa Para jovenes y adultos. General Santa.	Ciudad San gil	Último grado cursado once	Fecha 26-08-2023
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		
¿Qué estudios realiza actualmente?		Horario:		

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita dar más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$	$

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

© Legis Prohibida toda reproducción total o parcial, en la empresa autorización escrita de Legis. Bajo cualquier medio conocido o por conocer, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley autoral

7 702124 007790 >

107152

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 287574954

PIB
11:53:12
Hoja 1 de 01

107153

Bogotá DC, 05 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) FREDY LEON GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005294878:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 05 de enero de 2026, a las 11:54:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1005294878
Código de Verificación	1005294878260105115422

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

10715

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:55:25 AM horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1005294878**

Apellidos y Nombres: **LEON GARCIA FREDY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 26 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Corporación Educativa para Jóvenes y Adultos "General Santander"

San Gil - Santander

Personería Jurídica No. 0009050
Nit. 900069763-3
DANE: 368679001024
Cód. ICFES 124891

Acta Individual de Grado

En el municipio de San Gil - Santander, a los **5** días del mes de **AGOSTO** del año **2023** se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector (a) y Secretario (a) en la Rectoría de la CORPORACIÓN EDUCATIVA PARA JÓVENES Y ADULTOS "GENERAL SANTANDER", Institución aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 01214 del 09 de Febrero de 2019 para otorgar el título de:

Bachiller Académico

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media y Académica, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO al Graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a Continuación:

León Garcia Fredy

C.C. 1.005.294.878 de Landazuri (Santander).

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. **071** de fecha **5 de agosto de 2023** que consta de **30** alumnos y comienza con el nombre de:

Arias Arias Ricardo Josue

y se cierra con el nombre de:

Zapata Sarmiento Marlen

Firmada y sellada por JOSÉ GUILLERMO VARGAS CONTRERAS - Rector y LUIS MIGUEL VARGAS FLOREZ - Secretario.

Expedida en San Gil a los **5** días del mes de **AGOSTO** del año 20 **23**

En Constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en los decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.

FIRMADO Y SELLADO

CORPORACIÓN EDUCATIVA PARA JÓVENES Y ADULTOS "GENERAL SANTANDER" RECTOR (A)

José Guillermo Vargas Contreras
C.C. No. [illegible] Pamplona (N/SDER)

CORPORACIÓN EDUCATIVA PARA JÓVENES Y ADULTOS "GENERAL SANTANDER" SECRETARIO(A)

Luis Miguel Vargas Florez
C.C. No. 1.090.377.808 de San Gil (Santander)

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

La Corporación Educativa para Jóvenes y Adultos "General Santander"

San Gil - Santander

Personería Jurídica No. 0009050

Aprobación Oficial Resolución No. 01214 del 09 Febrero de 2019, por la Secretaría de Educación de Santander

Confiere a:

Fredy Leon Garcia

Identificado(a) con C.C. No. 1.005.294.878 Expedida en Landazuri (Santander).

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de educación Formal, correspondientes al nivel de Educación Media Ciclos Lectivos Especiales Integrados (CLEI), de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional (PEI) de la Institución conforme al Decreto 3011 de 1997

CORPORACIÓN EDUCATIVA PARA JÓVENES Y ADULTOS "GENERAL SANTANDER" RECTOR (A) SAN GIL

CORPORACIÓN EDUCATIVA PARA JÓVENES Y ADULTOS "GENERAL SANTANDER" SECRETARIO (A) SAN GIL

Anotado en el Libro de Registro de Diplomas No. 6 Folio 13

Dado en San Gil, a los 26 días del mes de Agosto del año 2023

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

45401

nueva EPS

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Los campos sombreados son exclusivos para diligenciar por la entidad

10 01 2026

PEREZ RAMIREZ FERNEY

CC - Cédula de Ciudadanía 1097608521

COLOMBIANO COLOMBIA SANTANDER EL CARMEN DE CHUCURI 28 03 1987

6 SURA - CIA. SURAMERICANA D

PROTECCION $ 1.750.905 3154528972

CLL 15 20 - 36 FERNEYPEREZRAMIREZ41@GMAIL.COM CASANARE

MONTERREY ALBORADA

CONSTRUCCIONES BEJARANO NI - Número Identificación Tributaria 3154531705

CL 14 18 B 04 CONSTRUCCIONESBEJARANOS@GMAIL.COM META VILLAVICENCIO

RADICADO
10-01-2026
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

PEREZ RAMIREZ FERNEY

CC - Cédula de Ciudadanía 1097608521

28 03 1987 10 01 2026

Ferney Perez

Miguel Alberto Bejarano

- ORIGINAL E.P.S. -

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1 | Version: 20

Dependencia Generadora: División de Subsidios | Código: PD-170-01-F01 | F. Vigencia: 2025-02-18

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

DILIGENCIAMIENTO (Marque con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 14 | 01 | 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliación | X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: Constructora el bosque sas | NIT | CC | CE | No 901034377

Dirección Principal Empleador: Calle 37 bis 20 sur 59 jordan | Celular: 3132253719

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Perez | Segundo Apellido: Ramirez | Nombres: Berney | TI | CE | PEP | PPT | No. 1097608521

Fecha de Nacimiento: 28 | 03 | 1987 | Fecha de Expedición Documento: 07 | 05 | 2019 | Sexo: F | NB | Celular:

Cargo: Auxiliar de obra | Salario Básico Mensual: 1.750.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: X

Fecha de Ingreso: 09 | 01 | 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: centro poblado la unión mz 8 | Barrio/Vereda: la unión | Ciudad/Municipio: Uribe - meta | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: calle 37 bis 20 sur 59 jordan | Barrio/Vereda: jordan | Ciudad/Municipio: villavicencio | Rural | Urbano | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

SEXO Y ESTADO CIVIL (Marque con una X)

ESTADO CIVIL: Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a) | ORIENTACION SEXUAL: Heterosexual | Bisexual | Homosexual | No disponible

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar | Básica 1ª Infancia | Básica Secundaria | Básica Técnico Profesional | Básica Tecnólogo | Media | Básica Profesional Universitario | Básica Posgrado/Maestría | Básica Adultos | Secundaria Adulto | Secundaria Normalista | Media Adultos | Ninguno | Información No Disponible

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palanquero | Room/Gitano | No disponible | No se autoreconoce | Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad | Desplazado | Damnificado Desastre Natural | Desmovilizado o Reinsertado | Población Zonas Fronteras | No disponible

Vic. Conflicto Armado no Desplazado | Ejercicio Trabajo Sexual | Hijo(a) Familia de Madre Cabeza | Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado | Población Migrante | No aplica

DATOS CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A)

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC | TI | CE | PEP | PPT | No

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección: | Barrio | Ciudad

Correo Electrónico: | Celular:

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Profesión | Salario Básico Mensual $: | Recibe Cuota Monetaria | SI | NO

DATOS DEL PADRE, HIJOS, HERMANOS, PADRES O PERSONAS A CARGO

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA HOGARES CON MULTIPLES EMPLEADORES

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que dos o la madre es las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al conyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos	Nombre:	Correo electrónico:	Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de destitución según el artículo 45 de la ley 21 de 1982.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES autorizo de manera voluntaria y explícita a los servidores y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co , información que será utilizada para las siguientes finalidades:

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios, sus retiros, programas, alianzas, estudios, cursos, ferias, eventos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias, hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de aliados a nivel regional, nacional y con la Caja de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de su huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora del Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepta los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar marque con una X la siguiente casilla

ARL | sura

107160

Pin cun

Medellín, 07 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1097608521	PEREZ RAMIREZ FERNEY	08/01/2026		20115m61	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 07/01/2026 22:25:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 192.230.104.3, 172.16.42.57

FAIBER MUNAR CUITIVA

007161

Datos Personales

NOMBRE	FAIBER MUNAR CUITIVA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	83.230.614 DE TIMANA
FECHA DE NACIMIENTO	25-JULIO-1967
LUGAR DE NACIMIENTO	CABRERA, CUNDINAMARCA
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE
MUNICIPIO	Floridablanca, Santander
DIRECCIÓN	KM 5 VIA AL MAR VEREDA VIJAGUAL
TELÉFONO	322-251-93412
CORREO ELECTRONICO	munarfaiber2@gmail.com

Perfil

SOY UN HOMBRE PROACTIVO Y SERVICIAL, CON ALTO SENTIDO DE PERTENENCIA, COMPROMISO Y RESPONSABILIDAD, CON CARACTERISTICAS DE LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO, SOY CREATIVO CON LAS ACTIVIDADES QUE ME CORRESPONDEN Y ME ADAPTO FACIL A LOS DIVERSOS CAMBIOS ORGANIZACIONALES QUE SE PRESENTEN, MANTENGO BUENAS RELACIONES CON MIS COMPAÑEROS Y ESTOY SIEMPRE EN DISPOSICION DE APRENDER COSAS NUEVAS QUE ENRIQUEZCAN MI VIDA.

FAIBER MUNAR CUITIVA

102162

Referencias Personales

RODOLFO JACKSON MORENO MORENO
Inspector de obras
Celular: 320-391-3885

CARLOS HUGO ZAPATA
Tecnico Constructo
Celular: 316-516-7367
Piedecuesta

Referencias Familiares

NINI JOHANNA JULIO
Ama de casa
Celular: 316-651-1569
Ocaña

FAIBER MUNAR CUITIVA
C.C. No 83.230.614 DE TIMANA

FABER MINAR CUTIVA

10163

Formación Académica

Estudios Primarios: "COLEGIO NEIVA HUILA"
QUINTO PRIMARIA

Experiencia Laboral

UNION TEMPORAL VIAS HUILA 2019
OFICIAL DE OBRA
Jefe Inmediato: Wilmer Mendez Jaimes
Celular: 313-869-7249
Tiempo Laborado: Noviembre 2020-Agosto 2021

UNION TEMPORAL VIAS HUILA 2019
OFICIAL DE OBRA
Jefe Inmediato: Jorge Cardenas
Celular: 320-422-3677
Tiempo Laborado: Junio 2023-Diciembre 2023

Socorro (Santander), Febrero 17 de 2017.

RECOMENDACIÓN

¡A quien corresponda!

Con toda atención me permito dirigir a usted(es) de la manera más atenta, para recomendar al señor FAIBER MUNAR CUITIVA identificado con Cedula de Ciudadanía N° 83´230.614 de Timana (Huila), a quien conozco desde hace 2 (dos) años, en los cuales se ha destacado por sus excelentes valores como la honestidad, perseverancia, la tolerancia y el compromiso, siendo una persona capaz de lograr los objetivos que se propone para siempre salir victorioso en las tareas y actividades que se le encomiendan o asignan.

Por ello no tengo ningún inconveniente en otorgar esta carta de recomendación personal para los fines que él como primer interesado convenga, me pongo a su entera disposición para ser contactado y confirmar la presente recomendación.

Atentamente

RODOLFO JACKSON MORENO MORENO
Cédula de Ciudadanía N° 79´746.857 de Bogotá D. C

Teléfono de contacto 320 391 38 85, e-mail rodolfomomo1977@gmail.com

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 26 de enero de 2026, a las 18:56:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	83230614
Código de Verificación	83230614260126185604

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289971360

PIB
18:57:40
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) FAIBER MUNAR CUITIVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 83230614:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:55:06 PM horas del 26/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **83230614**

Apellidos y Nombres: **MUNOR CUITIVA FAIBER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

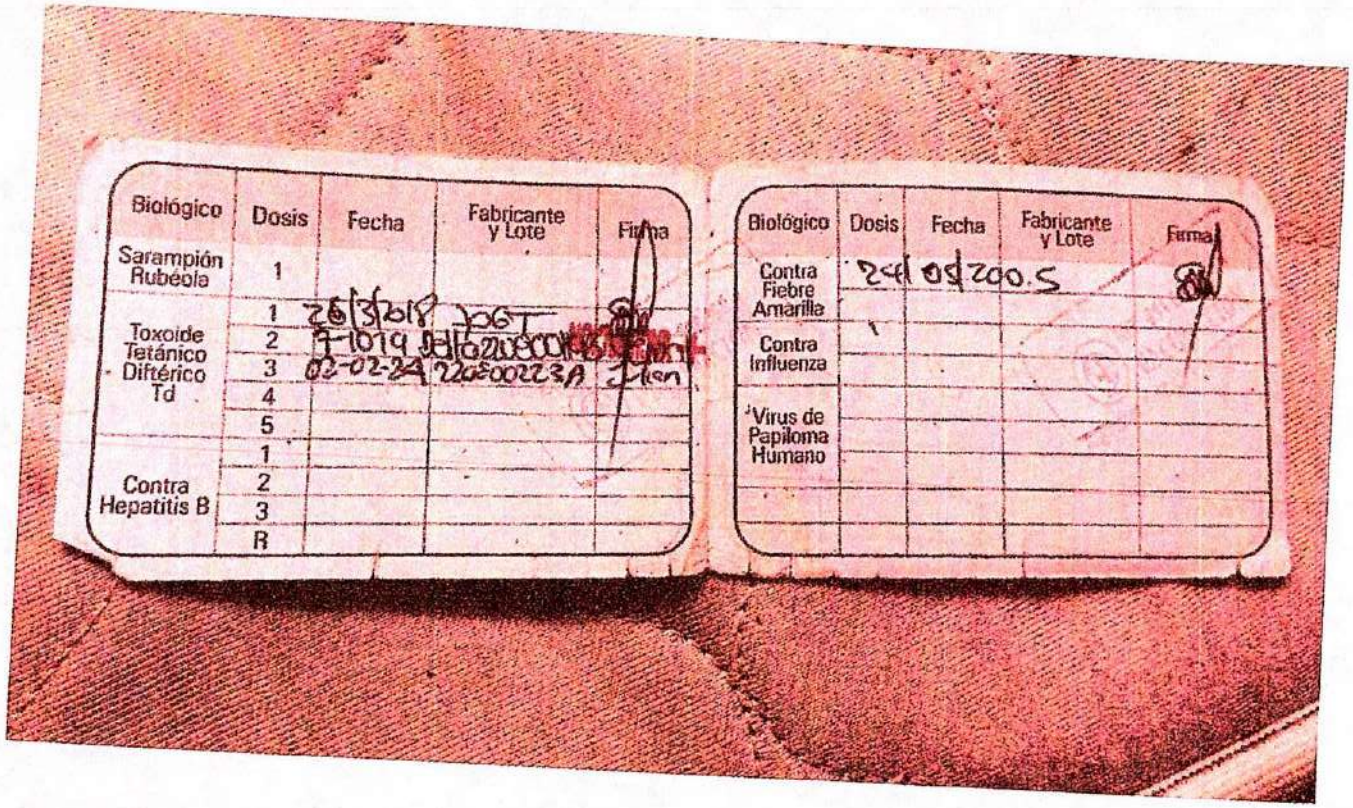
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

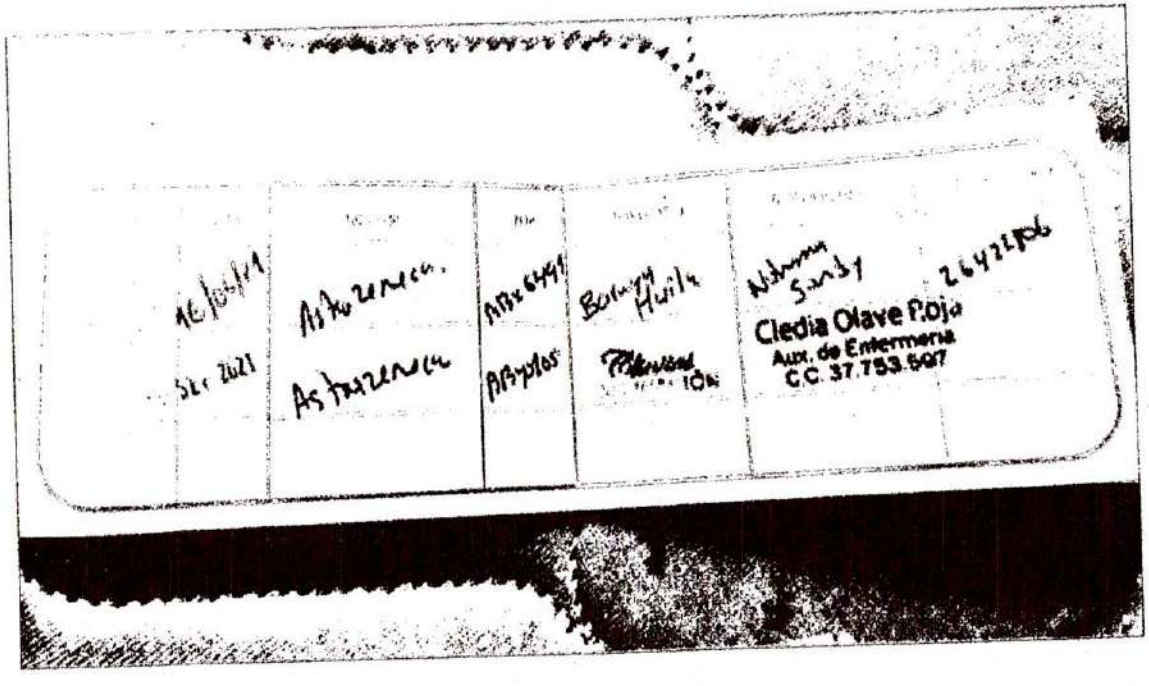
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogota D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Linea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 913 112
E-mail: dijin.araic-ato@policia.gov.co



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	26/3/2018		
	2			
	3	02-02-24		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

107168


16/06/21
Sept 2021
AstraZeneca
AstraZeneca
AN2649
Brazo Izq
Cledia Olave P.Oja
Aux. de Enfermeria
C.C. 37.753.507

107169

ARL | sura

Medellín, 26 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C83230614	MUNAR CUTIVA FAIBER	27/01/2026		14519631	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 26/01/2026 20:07:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 192.230.104.15, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 27/01/2026, el empleador CONSTRUCCIONES BEJARANO SAS identificado con NIT número 901013437 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9813719	27/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	83230614	MUNAR CUITIVA FAIBER	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-01-27

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

107172

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FAIBER MUNAR CUITIVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **83.230.614,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Oficina de Subsidios FOR-PROSUB-PDV

Fecha de Diligenciamiento: 26 01 24

Versión Vigente a Partir de: 2026-01-20

I.INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Afiliación Primera Vez: | Reafiliación: X | Adición de Beneficiarios: | Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador(a): | Veteranos Ley 1973/2019:

Nombre Empleador: Construcciones Brayan NIT: X CC PEP PPT CE SC N°: 901634137 Celular: 3182253919

Dirección Principal del Empleador: Cll 23 c 05 Barrio/Vereda: villavicencio Ciudad/Municipio: Hda

II.INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido: Honar Segundo Apellido: Cativa Nombres: Faber.

Tipo de Identificación: TI CC PEP PPT CE SC N°: 83230614. Sexo: F M NB Celular: 3116901381

Fecha de Nacimiento: 25 09 67 Fecha de Expedición: 20 11 84 Correo Electrónico: Profesión:

Dirección de Residencia: centro rebbido. Barrio/Vereda: uribe. Ciudad/Municipio: Uribe Meta RURAL URBANO

País: Colombia Resguardo: Pueblo Indígena:

Estado Civil: Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo

Pertenencia Étnica: Afrocolombiano Indígena Comunidad Negra Palenquero Room/Gitano No Disponible No se Autoreconoce Raizal de Arch.S.A y S Cloine

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual No Disponible

Nivel de Escolaridad: Preescolar Básica Básica Primaria Básica Secundaria Media Académica Media Técnica Técnico Profesional Tecnólogo Profesional Posgrado Especialista Maestría Doctorado

Factor Vulnerabilidad: Conflicto Desplazado Desmovilizado Desmovilizado o Reincorporado Pasaporte Zonas Fronterizas Víc. Conflicto Armado no Desplazado Persona Trabaja Sexual Hijo(a) Desmovilizado(a) Reincorporado Mujer(a) Fuente de Hogar Cabeza Población Migrante No Discernible No Aplica

III.INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN (Diligencie o marque con una X)

Fecha de Ingreso: 26 01 24 Cargo: Ayudante Salario Básico Mensual ($): 1750950 Tipo de Salario: Fijo Variable Tipo de Contrato: Fijo Indefinido

Dirección de la Empresa donde Labora: Cll 23 c 05 Barrio/Vereda: Uribe. Ciudad/Municipio: Hda

Empleador Anterior: Fecha de Retiro: DD MM AAAA

IV.DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre Empleador: NIT: Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

Nombre Empleador: NIT: Fecha de Ingreso: DD MM AAAA

V.DATOS DEL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

Tipo de Identificación: TI CC PEP PPT CE SC N°: Sexo: F M BN Celular:

Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA Fecha de Expedición: DD MM AAAA Correo Electrónico: País:

Dirección de Residencia: Barrio/Vereda: Ciudad/Municipio: RURAL URBANO

Nombre del Empleador donde Trabaja: Salario Básico Mensual ($): Recibe Cuota Monetaria: SI NO

VI.DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUERFANOS Y BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

Documento Tipo	Documento Número ID	Beneficiarios Nombres y Apellidos	Sexo F	Sexo M	Parentesco Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	En Custodia	Fecha Nacimiento DD	Fecha Nacimiento MM	Fecha Nacimiento AAAA	Fecha Expedición DD	Fecha Expedición MM	Fecha Expedición AAAA	Discapacidad SI	Discapacidad NO

Recuerde que aquí a la madre de las personas a cargo no hace parte de ese grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios debe adjuntar documento de identidad vigente donde aparezca y los datos solicitados a continuación:

Beneficiario Autorizado para cobrar los subsidios monetarios de las personas a cargo y/o beneficiarios (Agregar los siguientes datos)	Nombres y Apellidos	Correo Electrónico	Celular

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información no solo corresponde a la verdad y se encuentra debidamente soportada con los documentos exigidos para el efecto, sino que también autorizo a COFREM para que verifique la información que se ha suministrado en el presente formulario en cualquier momento y/o dentro de los cinco (5) años siguientes a la fecha de su diligenciamiento, de igual manera declaro que he sido informado de mi derecho a solicitar la corrección o supresión de los datos que no sean pertinentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 8 literal e) de la Ley 1581 de 2012.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria, explícita, informada y expresa a COFREM y/o a quien ostente sus derechos en el futuro, para que realice el tratamiento de mis datos personales de carácter general, sensible y de menores de edad, así como los de mi grupo familiar, de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para los siguientes fines:

- Para el ejercicio de los derechos como afiliado y el uso de los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación Familiar Cofrem y sus aliados estratégicos y demás entidades con las cuales la Caja de Compensación Familiar Cofrem tenga convenio del Sistema de Protección Social.
- Para efectuar la comunicación de noticias, servicios actuales, programas, alianzas, estudios, concursos, eventos relacionados con los afiliados y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
- Remitir a través de instituciones, asociaciones o sociedades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
- Ofrecer el acceso de nuevos afiliados a través de un tercero autorizado por la Caja de Compensación Familiar de otros departamentos.

Así mismo, autorizo a COFREM para que consulte, solicite, procese, confirme y compruebe ante cualquier entidad que maneje o administre bases de datos, la información relacionada con mi afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, así como también para las finalidades anteriormente descritas, durante el tiempo que ostente la calidad de afiliado y después de terminada la misma. La información suministrada hasta la fecha corresponde a la verdad y podrá ser verificada en cualquier momento. Me comprometo a actualizar mis datos cada vez que se requiera la información y autorizo a COFREM para que verifique la información suministrada o rechazar la solicitud de afiliación. Acepto el envío de información a través de correo electrónico, mensajes de texto, llamadas telefónicas, redes sociales y/o cualquier otro medio de comunicación que COFREM disponga para tal fin.

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: En caso de que el trabajador se encuentre imposibilitado para firmar, podrá hacerlo a través de huella dactilar en presencia de testigos. Para esto, deberá acercarse a la Oficina de Servicios más cercana o a la Coordinación de Subsidios en Puerto López, donde un asesor le brindará el apoyo necesario.

Con la firma de este formato usted, los firmantes, son deudores y responsables de sus datos personales. El mismo se diligencia con tinta negra o azul y en letra clara.

IMPORTANTE

Los documentos que presenten alteraciones o enmendaduras no serán recibidos en la Caja. La información suministrada en este formulario es de carácter privado y será tratada de acuerdo con la Ley 1581 de 2012. Cofrem no responderá por inconsistencias en los datos suministrados por el trabajador o empleador en el momento de la afiliación. Los datos personales serán tratados conforme a lo establecido en la Ley y podrán ser consultados por el titular o sus representantes legales.

EL VALOR APORTADO POR LOS EMPLEADORES NO PUEDE SER DESCONTADO DEL SALARIO MENSUAL DE LOS TRABAJADORES

107123



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83.230.614
MUNAR CUITIVA

APELLIDOS
KAIBER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUL-1967
CABRERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

20-NOV-1985 TIMANA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1900800-00192780-M-00832306 14-20091031 0017599860A 1 5020064749

minerva
10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: D 28 M 12 A 2025

Empleo o cargo al que aspira:

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante: Ramirez Rodriguez

Nombre(s) del aspirante: Einer Fabian

Fecha de nacimiento: D 15 M 08 A 2005

Lugar de nacimiento: Uribe Meta

Dirección domicilio / Barrio: Uribe Centro

Ciudad: Uribe

Teléfono: 313 487 6883

N°. Celular: 313 254 4166

Correo electrónico: einerfabianramirezrodriguez58@gmail.com

Nacionalidad: Colombiano

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

Profesión, ocupación u oficio: Campesino

(*) Estado civil:

Años de experiencia laboral: 1 año

DOCUMENTACIÓN

(*) Respuesta opcional Art. 11, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X] No. 1123 141 231

Extranjería: [ ] Expedida en: Uribe Meta

(*) Libreta militar No.: Primera clase: [ ]

Distrito No.: Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional No.:

¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]

Licencia de conducción No.:

Categoría:

II. PERFIL LABORAL

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

Soy bachiller en produccion tecnica agropecuaria tambien Soy una persona que me gusta trabajar y Soy responsable, me gusta Sobre Salir en las laboreres encargadas

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [X]

¿En qué empresa?

Empleado [ ] Independiente [ ]

Tipo de contrato:

¿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 [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 [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: Dario Ramirez

Teléfono:

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 mes

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [X]

Describalo e indique su valor mensual:

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 700000

¿Por qué conceptos? Arriendo, y Servicios

¿Cuánto es su aspiración salarial? $ lo acordado

¿Cuál es su principal afición? El deporte

¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ] ¿Cuál(es)? Microfutbol

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

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

REV 05-2019

10125

17989289

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	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? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐

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	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? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐

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.	Kevin Robert Fonseca	empleado	Uribe meta	3132544156
2.	Carlos Beltran	empleado	Uribe meta	3136119619

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Gloria lopez	Campesina	Vereda Salitre	313 487 6883
2.	Ines Rodriguez	Campesino	Divino	3128366898

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. X

Nota importante

Para no volver por teléfono a indagar o preguntar por el resultado de esta solicitud, Nosotros le avisaremos primero.

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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

C.C. 1123141731

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 30 de diciembre de 2025, a las 12:35:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1123141231
Código de Verificación	1123141231251230123542

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:36:42 PM horas del 30/12/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1123141231**
Apellidos y Nombres: **RAMIREZ RODRIGUEZ EINER FABIAN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

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

107179

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 287202447

PIB
12:39:14

Bogotá DC, 30 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) EINER FABIAN RAMIREZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1123141231:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Elkin Fabian

Apellidos: Ramirez Rodriguez

Documento de identidad: C.C. C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1123141231

Fecha de nacimiento: Día 15 Mes 08 Año 2003

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	13-01-16	825	Viviana M.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13-01-2023	[illegible]	Viviana M.
	2	13-02-2016.		
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular Una dosis por embarazo				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19				
Otras				

10780

Cotrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1

Versión: 20

Dependencia Generadora: División de Subsidios

Código: PD-170-01-F01

F. Vigencia: 2025-02-18

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

DILIGENCIAMIENTO DE LA AFILIACIÓN

Fecha de Diligenciamiento: 14 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliación: X | Veteranos (Ley 1978/2019)

Nombre de Empleador: Construccion el bayano sas | NR: CC CE No: 900 1013 137

Dirección Principal Empleador: Calle 37b n 20a-57 barton. | Celular: 3102253910

DATOS DEL TRABAJADOR

Primer Apellido: Ramirez | Segundo Apellido: Rodriguez | Nombres: Finer Fabian | TI CE PEP PPT No: 1123 141 231

Fecha de Nacimiento: 15 08 2005 | Fecha de Expedición Documento: 16 08 2023 | Sexo: F | NB | Celular:

Cargo: Auxiliar de obra | Salario Básico Mensual: 1.750.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: 1

Fecha de Ingreso: 09 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: Barrio Playa Barrio/Vereda: [illegible] Ciudad/Municipio: Villa nueva (Bol) | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: Calle 37 Barrio/Vereda: Barton | Ciudad/Municipio: Barranquilla | Rural | Urbano | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

ESTADO CIVIL	Soltero(a)	Casado(a)	Separado(a)	Unión libre	Divorciado(a)	Viudo(a)	ORIENTACION SEXUAL	Heterosexual	Bisexual	Homosexual	No disponible
	X							X			

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Basica Adultos	Secundaria Adulto	Media Adultos
1ª Infancia	Técnico Profesional	Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado/Maestría	Secundaria Normalista	Ninguno	Información No Disponible
	X						

PERTENENCIA ETNICA

Afrocolombiano	Indígena	Comunidad Negra	Palenquero	Room/Gitano	No disponible	No se autoreconoce	Raizal del Arch de San Andres Prov. y Sta. Catalina
						X	

FACTOR VULNERABLE

En Condición Discapacidad	Desplazado	Damnificado Desastre Natural	Desmovilizado o Reinsertado	Población Zonas Fronteras	No disponible
Vic. Conflicto Armado no Desplazado	Ejercicio Trabajo Sexual	Hijo(a) Familia de Madre Cabeza	Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado	Población Migrante	No aplica
					X

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC TI CE PEP PPT No

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección: | Barrio: | Ciudad:

Correo Electrónico: | Celular

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Profesión: | Salario Básico Mensual $. | Recibe Cuota Monetaria: SI NO

DATOS DE PADRES, HIJOS, HERMANOS Y/O PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DEL AFILIADO

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Numero de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano

DATOS DEL EMPLEADOR EN EL CUAL LABORA ACTUALMENTE

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerda que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar motivo por el cual para estas personas deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador diligenciar los siguientes datos:	Nombre:	Correo electrónico:	Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre aportes mínimos es causal de clasificación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, avanzar de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co , información que será utilizada para las siguientes finalidades.

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, Usuarios y sub co en general por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, ofertas, eventos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidios Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de aliados a nivel regional y nacional y con la Caja de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encontrará almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos autorizar, conocer, actualizar, rectificar suprimir la información almacenada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

Vigilado Superintendencia

Ramirez

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

14 01 2006

Ronirt Rodrigue Einer fabian

colombia colombia 1123 141 231 mete uribe 15 08 2005

6 SI NO

Carrera 125 90 05 Calle 11 No. 12 - 13

3222888 anerranirtdor mete

le wibc @Sanitas

Contributivo

beneficiario cgfs 901 013 437

Cedula de Extranjeria 3 1825379 mela

Cedula 18 Registro Civil

dependiente

Ronirt Rodrigue Einer fabian

1123 141 231

Mes 2005 copia Salud

T- CAPITAL SALUD EPS. 12/01/06

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RAMIREZ RODRIGUEZ EINER FABIAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.141.231,** se encuentra afiliado(a) al
Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

ARL | sura

Medellín, 13 de January 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 CONSTRUCCIONES BEJARANO 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 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1123141231	EINER FABIAN RAMIREZ RODRIGUEZ	14/01/2026		15630k21	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 13/01/2026 16:49:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.34.130, 198.143.41.36, 172.16.42.57

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
RAMIREZ RODRIGUEZ

NUIP 1.123.141.231

Nombres
EINER FABIAN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
15 AGO 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
URIBE (META)

Fecha y lugar de expedición
16 AGO 2023, URIBE

Firma

Ramirez

Fecha de expiración
18 AGO 2033

.CO

026892269

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL026892269852074<<<<<<<<<<
0508159M3308187COL1123141231<1
RAMIREZ<RODRIGUEZ<<EINER<FABIA

98401

REPUBLICA DE COLOMBIA

1.053.724.315

LOZANO VARGAS

DIEGO JOSE

COL 1.78 M

25 MAYO 2006 O+

TENZA (BOYACA)

08 JUL 2024 SAN JOSE DEL GUAVIARE

Diego Lozano 28 JUL 2034

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0505226974540O1<<<<<<<<<<
0605254M3407080COL1053724315<3
LOZANO<VARGAS<<DIEGO<JOSE<<<<<