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:	557
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 C15-32 C557**

ITEM	DESCRIPCIÓN TIPO DOCUMENTAL	FOLIOS
28.	Informe componente seguridad y salud en el trabajo	107187-107386

Fecha de Elaboración:		Nombre del Archivo en el SIGA	779 22 PY 031-22 INF N°34 PARC N°12 C15-32 C557

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

DIEGO JOSE LOZANO VARGAS

AYUDANTE DE OBRA

Contacto

(311) 883-2169

Jarollozano971@gmail.com

cédula: 1053724315

Vereda Caracol, San José del Guaviare

Referencias

Edwin Lozano
Hermano
(301) 459-8786

Wilmer Lozano
Hermano
(313) 411-1901

Mi perfil profesional

Soy ayudante de obra con experiencia en la construcción de obras de arte, apoyando actividades como armado de acero, vaciado de concreto, excavaciones, manejo de materiales y organización del frente de trabajo. Me caracterizo por ser responsable, cumplido y con buena disposición para el trabajo en equipo, siguiendo lineamientos operativos y aportando al avance eficiente de la obra.

Habilidades

- Manejo de herramientas menores (palas, picas, mezcladoras, vibradores, cortadoras, etc.)
- Apoyo en obras de arte (alcantarillas, muros, cunetas, box culvert, etc.)
- Responsabilidad y puntualidad
- Disciplina y compromiso
- Trabajo en equipo
- Organización y cuidado de herramientas

Experiencia laboral

AYUDANTE DE OBRA
Concretos y encofrados Cardozo S.A.S
25 de febrero al 17 de diciembre de 2025

Estudios Realizados

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TRIUNFO II SAN JOSE DEL GUAVIARE
BACHILLER BÁSICO
25 de Noviembre de 2021

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 miércoles 14 de enero de 2026, a las 18:04:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1053724315
Código de Verificación	1053724315260114180409

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. 288662510

PIB
18:05:55
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 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) DIEGO JOSE LOZANO VARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1053724315:

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.

0170

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:06:52 PM horas del 14/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1053724315**

Apellidos y Nombres: **LOZANO VARGAS DIEGO JOSE**

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. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

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, 14/01/2026 06:33:24 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1053724315** y Nombre: **DIEGO JOSE LOZANO VARGAS.**

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. **132562232** . 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

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:41:53 horas del 14/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1053724315,** Apellidos y Nombres **LOZANO VARGAS DIEGO JOSE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Diego Jose Lozano Vargas,** con NIT **105372431-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:42:58 PM horas del 14/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1053724315**

Apellidos y Nombres: **LOZANO VARGAS DIEGO JOSE**

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. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

República de Colombia
Departamento del Guaviare
Institución Educativa Triunfo II
San José del Guaviare
DANE 295001002449

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN No. 12

En la Institución Educativa Triunfo II, del municipio de San José del Guaviare, departamento del Guaviare, a los veinticinco (25) días del mes de noviembre del año 2021, siendo las 9:00 A.M. se reunieron con el fin de formalizar la certificación de los alumnos del grado noveno, los suscritos director y cuerpo de docentes de institución educativa Triunfo II. Institución autorizada para implementar la educación preescolar. Educación básica y educación media, mediante resolución de creación No. 0154 del 27 de febrero de 2009 y su plan de estudios fue aprobado mediante resolución No. 1352 de noviembre 18 de 2009 emanadas por la secretaria de educación departamental del Guaviare.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron el grado noveno de educación básica, se procede a otorgar el título de **BACHILLER BÁSICO** al certificado, cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relaciona a continuación:

Lozano Vargas Diego José

Identificado con TI 1053.724.315 de San José Del Guaviare, Guaviare

Es fiel copia tomada del acta general No. 015 de fecha, noviembre veinticinco (25) del año 2021, que consta de dieciocho (18) estudiantes certificados, que comienza con el nombre de **ALFONSO MENDOZA EDISON URIEL** y termina con el nombre de **VALENCIA MUÑOZ LEIDY JOHANA.**

En constancia de lo anterior se firma la presente acta, en cumplimiento a lo ordenado en el decreto 1860/94.
Acta anotada en el libro No. 01, folio No. ____

Dada en san José del Guaviare, Guaviare, a los veinticinco (25) días del mes de noviembre del año 2021.

GERMÁN LIBARDO BRAVO GUERRERO
Director I. E. Triunfo II

Scanned with CamScanner

10719

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
9813719	19/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1053724315	DIEGOJOSE LOZANO VARGAS	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

(0196)

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 %		
C1053724315	LOZANO VARGAS DIEGO JOSE	20/01/2026		9360R188	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 21:23:26 .
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, 198.143.41.36, 172.16.42.57

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DIEGO JOSE LOZANO VARGAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1053724315,** se encuentra afiliado/a desde **24/02/2025** 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 20 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.

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 CON UNA X

Fecha de Diligenciamiento: 19/01/26 | Afiliación primera vez | X Adición personas a cargo | Reafiliación | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: Confecciones bedoya SAS | NIT | CE | No: 901013437-1

Dirección Principal Empleador: cll22 con | Celular: 3122137319

DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Primer Apellido: Lozano | Segundo Apellido: Ucaris | Nombres: Diego Jose | CC | TI | CE | PEP | PPT | No: 1053824315

Fecha de Nacimiento: 25/05/2005 | Fecha de Expedición Documento: 8/julio/2025 | Sexo: M | F | NB | Celular: 3153382812

Cargo: Auxiliar de aseo | Salario Básico Mensual: 1350000 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato | F | I

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

Dirección Residencia: Centro pobl | Barrio/Vereda: Lubc | Ciudad/Municipio: Necha | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: cll22 con | Barrio/Vereda: Lubc | Ciudad/Municipio: Necha | 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 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 Expedicion | 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 HUERFANOS BENEFICIARIOS 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 SIMULTANEOS 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 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, diligencie 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 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, 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 Subsidios Familiar
- Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional y nacional y con las 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 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 Superintendencia

diego lozano
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, la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios las 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

10719

REPUBLICA DE COLOMBIA

1.053.724.315

LOZANO VARGAS

DIEGO JOSE

COL [illegible] M

26 MAYO 2006 O+

TENZA BOYACA

26 JUL 2024 SAN JOSE DEL GUAVIARE

Diego Lozano 26 JUL 2034

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0505226974540O1<<<<<<<<<<
0605254M3407080COL1053724315<3
LOZANO<VARGAS<<DIEGO<JOSE<<<<<

10200

minerva 10-03

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA 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
D 28 M 12 A 2024	

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 16 de 1972 Art. 6 Convenio 111 OIT

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
melgarejo urrea	Arley Parmenio
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
D 13 M 07 A 2004	medina cundinamarca
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Barrio industrial	uribe meta
Teléfono	**N°. Celular**
	3222388032
Correo electrónico	**Nacionalidad**
arley melgarejo27@gmail.com	colombiano
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral**
campesino	unión libre / 3 años

FOTOGRAFÍA RECIENTE Tamaño 3 x 4 cm

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: X	No. 1069898205	(**) Libreta militar No. 11 40474	Primera clase: X
Extranjería:	Expedida en:	Distrito No. 081	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 una persona puntual, inteligente, comprometida presto el servicio en la Policía Tengo conocimiento en el campo y la agricultura y ganadería

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 X / Amigo / Redes Sociales / Por medio de agencia / Otro / ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí X / No	Vive en casa: ¿Familiar? X / ¿Propia? / ¿Alquilada?	Nombre del arrendador	Teléfono — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí / No	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 500.000	
¿Por qué conceptos? corriendo		¿Cuánto es su aspiración salarial? $ lo acordado	
¿Cuál es su principal afición? el campo	¿Practica algún deporte? Sí / No X — ¿Cuál(es)?		

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

17989285

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones REV. 05-2019

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.	Yeimi Robin Fonseca	empleado	Uribe meta	3133108597
2.	Nestor mendoza	independiente	Uribe meta	3134136895 42

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Juliana ahumada	estudiante	Uribe meta	3134509026
2.	Clemencia Ospina	campesina	Vereda la cuesta	312 7548987

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

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono o acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros la avisaremos. gracias.	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).	Ariey Melgarejo C.C.

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
URIBE - META	D 29 M 12 A 2025	AYUDANTE DE OBRA	

I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 171 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
MELGAREJO	URREA	ARLEY BARMENIO

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

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
MEDINA - CUNDINAMARCA	D 13 M 04 A 2004	SOLTERO

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
CARRERA 3 4-70 BARRIO INDUSTRIAL	INDUSTRIAL	3222388032

Cédula de ciudadanía: N° 1069898205
Expedida en: URIBE-META

(**) Libreta militar N° 1140474
Distrito N° 051 Primera clase: [X] Segunda clase: [ ]

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si [ ] No [X]	JANETH RIAÑO	3147879730	$ 300.000

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	SEDE EL VERGEL	URIBE - META	5	2016
Bachillerato	LIDERES DEL FUTURO	VILLAVICENCIO	11	2023
Educación Superior			Años cursados	

Título obtenido y/o especialidad

Tipo de formación: Técnica [ ] Tecnológica [ ] Profesional [ ]

¿Qué estudios realiza actualmente? N/A

Horario: N/A

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, sin la expresa autorización escrita de Legis - bajo cualquier medio conocido o por conocer, sin perjuicio de las funciones civiles y penales establecidas en la Ley autoral.

7 702124 007790 >

1042033

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	1069898205
NOMBRES	ARLEY PARMENIO
APELLIDOS	MELGAREJO URREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA URIBE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	07/06/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/28/2025 17:13:12	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".

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:06:57 PM horas del 28/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1069898205**

Apellidos y Nombres: **MELGAREJO URREA ARLEY PARMENIO**

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. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

10701

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 17:05:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1069898205
Código de Verificación	10698982052512281705O4

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

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 287044284

PIB
17:09:58
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) ARLEY PARMENIO MELGAREJO URREA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1069898205:

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.

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

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

Nombre de Empleador: Construccion el bejaramo sas. | NIT | CC | CE | No: 1010134334

Dirección Principal Empleador: Calle 37 bis 20 a 59 kirdan | Celular: 3182253719

DATOS DEL TRABAJADOR(A)

Primer Apellido: melquiedo | Segundo Apellido: Orrea | Nombres: Ariel Jairmenio | TI | CC: X | CE | PEP | PPT | No: 1069898205

Fecha de Nacimiento: 13 07 2001 | Fecha de Expedición Documento: 22 04 2022 | Sexo: M: X | F | NB | Celular:

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

Fecha de Ingreso: 09 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: Calle Principal | Barrio/Vereda: La Uribe | Ciudad/Municipo: Uribe meta | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: calle 37 bis 20 a 59 | Barrio/Vereda: kirdan | Ciudad/Municipio: Villavicencio | Rural | Urbano | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

ESTADO CIVIL: Soltero(a): X | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viuda(a) | ORIENTACIÓN 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 Archip de San Andrés Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

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

DATOS BENEFICIARIOS (OPCIONAL)

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

CAMPO PARA OTROS HIJOS, HERMANOS HUÉRFANOS, BENEFICIARIOS DE 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 (SI APLICA)

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

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

Si el titular autorizado para recibir 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 causa 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 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 de la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí mismas o mediante su entrega a terceros con quienes tengamos del Sistema de Protección Social.
- Lograr una efectiva 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 metodologías, estadísticas, encuestas 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 otorgados de mi 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 conveniencia o la política de saneamiento 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

Ariel Melquiedo Orrea — 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

1027207

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: Arley Parmenio

Apellidos: Holguin urrea

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

Número de documento: 1068948205

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 07 Año 2004

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	13-01-26	325	Viviana M.
Toxoide Tetánico - Diftárico (Td)	1	13.01.26	23340065	Viviana M.
	2	13	Feb 2026	
	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				

2021

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

MELGAREJO URREA ARLEY PARMENIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.898.205**, 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.

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

14 01 2026

Melgarejo Urrea Arley 1069898 205 M 13 07 2004

Colombia Colombia Cundinamarca Nilo 6 SI SI 1750905 3108206658 DIRECCIÓN Calle 11 No. 13-30 DEPARTAMENTO Nilo MUNICIPIO / DISTRITO La Virginia CORREO ELECTRÓNICO arley.melgarejo2004@gmail.com

Melgarejo Urrea Arley 1069 898 205 13 07 2004

Arley Melgarejo

Powered by CamScanner

ARL | sura

(07211)

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 %	
C1069898205	MELGAREJO URREA ARLEY PARMENIO	14/01/2026		46239124	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 16:38:30 .
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

107212

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.069.898.205
MELGAREJO URREA

APELLIDOS
ARLEY PARMENIO

NOMBRES

Arley Melgarejo

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-2004
MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

22-JUL-2022 URIBE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-5207400-01321309-M-1069898205-20220927 0086895001G 1 8505216281

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: Wilfredo

Apellidos: Anturi Renza

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

Número de documento: 1 7 6 8 5 0 0 0

Fecha de nacimiento: Día 0 5 Mes 0 2 Año 1 9 8 4

Powered by CamScanner

107213

	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
eola	Únic	09/08/13	012N1020	Hospital Bekal
	Únic	09/08/13	119VFC034Z	Hospital Bekal
		06/08/15	5011	Patricia
		07/01/17	605t	Furatena IPS.
	3	22-01-26	233AX006A	Uluana Mahecha.
	4	Proxima dta=		22-11-2036.
	5			
	1			
	2			
	1			
	2			
	3			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH		1			
		2			
Influenza estacional		Anual			
		Anual			
Covid 19		Janssen	12/07/21	213A21A	Karen Lorena
		Moderna	28/06/22	037M21A	Erika Sanchez.
		1er Ref.			
		2do Ref.			
Otras					

Powered by CamScanner

107214

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo **Fecha de Vigencia:** 2018-09-25

2026/01/21 **11:50 am** **Radicado:** 3711300

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON

Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 462

Información Emoresa:

Nit: 800143586 **Telefono:**6714357

Razón Sócial: MEYAN SA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 17685000 **Telefono:** 0

Nombre: ANTURI RENZA WILFREDO

Dependencia:

DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

17685000 WILFREDO ANTURI RENZA

Observaciones:

1F

MULTIAFILIACION

REAFILIACION

AFILIACION VIRTUAL eduardomoreno@meyan.com.co>

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail serdiente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

107215

9791730

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/01/2026, el empleador MEYAN SA identificado con NIT número 800143586 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9791730	16/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	17685000	WILFREDO ANTURI RENZA	1750905	CONDUCTOR VOLQUETA	2026-01-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ANTURI RENZA WILFREDO** identificado(a) con **CC** número **17.685.000** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril 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 16 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/**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
17685000
ANTURI RENZA
WILFREDO



FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1984
BELEN DE LOS ANDAQUIES
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-MAR-2002 BELEN DE LOS ANDAQUIES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2018-09-25

2026/01/21 **11:48 am** **Radicado:** 3711296

Recibe: JOHANNA MANRIQUE VARON
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 462

Información Empresa:

Nit: 800143586 **Telefono:**6714357
Razón Sócial: MEYAN SA
Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1119949274 **Telefono:** 0
Nombre: ORTIGOZA PINZON JEISSON ALEXIS

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

1119949274 JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON

Observaciones:

1F
REAFILIACION
AFILIACION VIRTUAL eduardomoreno@meyan.com.co>

Recuerde:

1. Actualizar cada año a partir del 1 de febrero certificación de estudios de hijos mayores de 12 años, actualizar en cada semestre la certificación de estudio para hijos que estén adelantando pregrado.
2. Sr. Empleador y trabajador según ley 1581 de 2012 las firmas respaldan la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

Nombre, cédula y teléfono quien entrega los documentos para afiliación.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail serdiente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

Seven ERP - (C) - www.digitalware.com.co

Vigilado Supersubsidio

107219

10220

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:

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.119.949.274,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 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.

10722

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON



Email: pinzon9717@gmail.com

PERFIL OCUPACIONAL

Me considero una persona con alto sentido ético y moral, buena actitud y disposición, responsable con capacidad de trabajar en equipo, me gusta aprender cada día mas en las labores asignadas, me considero un hombre responsable, respetuoso, obediente y aporto ideas para poder trabajar en un buen ámbito laboral, así creando una personalidad de liderazgo cuando se trabaja en equipo.

DATOS PERSONALES:

NOMBRES:	Jeisson Alexis
APELLIDOS:	Ortigoza Pinzón
IDENTIFICACIÓN:	1.119.949.274
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	17 de enero, 1997
DOMICILIO:	Cra 6 #11-26 vía puerto López Pompeya alto
ESTADO CIVIL:	Soltero
NUMERO TELEFONICO:	3144269780
NUMERO WHATSAPP:	3229377898
LICENCIA DE CONDUCCION:	LCO3005754038

107222

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON

FORMACION ACADEMICA:

Ballicher, Institución educativa los fundadores Silvino Antonio Varela, Mesetas – Meta, 2015

FORMACION COMPLEMENTARIA:

Técnico especialidad en producción agrícola, Mesetas –Meta, 2015

REFERENCIAS PERSONALES:

Víctor Eduardo Cruz, Docente, 3102188564

Fredy Andrés Cubillos Ángel, Ingeniero civil, 3102335153

Carlos Julio Mahecha Carrillo, Ingeniero civil, 3144291854

REFERENCIA FAMILIARES:

Leonel Ortigoza Galeano, Padre,3108588200

Robinson Pinzón Cardozo, Tio,3103410669

Jeisson Alexis **Ortigoza pinzón**

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON





(227)

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1119949274

NOMBRES

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON

FECHA DE NACIMIENTO
17-01-1997

GRUPO SANGUÍNEO-RH
O+

FECHA DE EXPEDICIÓN
24-07-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOyTTE MCPAL VILLAVICENCIO

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	11-04-2033	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	24-07-2034	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	24-07-2027	PUBLICO





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC0200624751 2

10225

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL META
SECRETARÍA DE EDUCACION Y CULTURA
MUNICIPIO DE MESETAS
DANE 150330000181

Meta

ACTA DE GRADO

En el municipio de Mesetas (Meta), a los 04 días del mes de diciembre del año **2015**, se reunieron en la rectoría con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y secretaria de la **Institución Educativa LOS FUNDADORES.** Institución Educativa, **aprobada por la Secretaría de Educación del Meta**, para otorgar el título de **BACHILLER TECNICO ESPECIALIDAD PRODUCCION AGROPECUARIA,** según resolución Nº 7095 del 13 de noviembre de 2015.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los 29 (Veinte y Nueve) estudiantes, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER TECNICO ESPECIALIDAD PRODUCCION AGROPECUARIA**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON
C.C.N° 1.119.949.274 Expedida en Mesetas Meta

Es fiel copia del Acta Original General Nº **035**, libro **1** folio **54** de fecha 04 de Diciembre 2015, que consta de 25 alumnos, que comienza con el nombre de **ANGIE DANIELA SANTOS CALDERON**, y se cierra con el nombre de **ZULEIDY HERNANDEZ OLAYA. Firmado** por el licenciado Luis Alberto Morales Urrego, rector y Amparo Velásquez Ardila secretaria.

LIC. LUIS ALBERTO MORALES URREGO
Rector

AMPARO VELASQUEZ ARDILA
Secretaria

Dada en Mesetas (Meta), a los 06 días del mes de julio de 2017

10226

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL META
SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA
MUNICIPIO DE MESETAS

Y en su nombre la

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
LOS FUNDADORES

AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL
SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 7095 DEL 13 NOVIEMBRE DE 2015

Confiere a:

JEISON ALEXIS ORTIGOZA PINZON
C.C. Nº 1119948874 Mesetas - Meta

EL TITULO DE

BACHILLER TECNICO
ESPECIALIDAD EN PRODUCCION AGROPECUARIA

HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA VOCACIONAL
(Art. 88 Ley 115 de 1994 ... DE PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES CONTENIDOS EN LA LEY GENERAL DE
EDUCACIÓN 115 EN EL DECRETO 1860 Y LA LEY 749 DE 2004

LUIS ALBERTO MORALES URIBRGO
Secretario

AMPARO VELASQUEZ ARDILA
Secretaria

LIBRO DE REGISTRO Nº 1001
ACTA Nº 035 FOLIO Nº 34

No se requiere homologación, según decretos 2... del 6 de Mayo de 1994 expedidos por
el Ministerio de Educación Nacional y 2082 ... reglamentario 1955 de la
Presidencia de la República

10+22

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON

Con Cedula de Ciudadania No. 1.119.949.274

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

Título de

TÉCNICO EN

PRODUCCION AGROPECUARIA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Mesetas, a los veintiseis (26) dias del mes de noviembre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por
BERTHA LUCIA RAMIREZ PARRA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

Bertha Lucia Ramirez Parra
Subdirectora de Centro CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
REGIONAL META

23350084 - 26/11/2015
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9117007295S3CC1119949274C.

1042228

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON

ASOVOLMET

Nit. 900.754.120
Mesetas Meta

CERTIFICA.

Que el señor **JEISSON ALEXIS ORTIGOSA PINZÓN** identificado con la cedula de ciudadania No 1 119 949 274 realizo labores de Operador de Camioneta desde el 01 de mayo del 2023 hasta el 30 de marzo del 2024 con un contrato de prestación de servicios. devengado un salario mensual de **UN MILLÓN OCHOCIENTOS MIL PESOS M/cte.** ($1.800.000) En el cargo de Operador de Camioneta de Transporte de Personas Y Equipos Tiempo durante el cual demostró ser una persona eficiente, honesta y responsable

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada el 10 de abril de 2024

Cordialmente

JHON JAIRO PINZÓN CARDOZO
Rpl. Asovolmet.
Nit. 900754120
Cel. 3138321629
Email.

1027

JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON

Consorcio
Vías Colombia 065

H•H COLOMBIA

Uribe – Meta, 03 de noviembre de 2023.

CONSORCIO VIAS COLOMBIA 065

NIT: 901. 473.611 – 8

Que el señor(a) **ORTIGOZA PINZON JEISSON ALEXIS** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1119949274 DE MESETAS - META**, laboró con la compañía desde el día 08 de noviembre de 2022 hasta el 30 de enero de 2023. en el proyecto **"CONTRATO DE OBRA PÚBLICA N° 1045 DE 2021. MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO, GESTIÓN PREDIAL, SOCIAL Y AMBIENTAL SOSTENIBLE DE LA TRANSVERSAL DE LA MACARENA (MESETAS – LA URIBE) EN EL DEPARTAMENTO DEL META, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VÍAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"**. bajo un contrato fijo a Tres (3) meses inferior a un año, desempeñando el cargo de **OFICIAL DE OBRA II** contrato liquidado y finalizado.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado a los tres (03) días del mes de noviembre de Dos mil Veintitrés (2023).

Cordialmente

Erika Velandia

ERIKA VELANDIA VELANDIA
COOR DE GESTIÓN HUMANA
CONSORCIO VIAS COLOMBIA 065.

Dirección
Teléfono
E-mail
Página web

Consorcio
Vías Colombia 065

H•H COLOMBIA

Uribe (Meta), 15 de diciembre de 2024

CONSORCIO VÍAS COLOMBIA 065

NIT. 901.473.611-8

CERTIFICA:

Que el señor **ORTIGOZA PINZON JEISSON ALEXIS,** identificado con cédula de ciudadanía No. **1119949274** de **MESETAS - META,** laboró en nuestra compañía desde el día **16 de septiembre de 2024** hasta el **15 de diciembre de 2024,** en el proyecto **"CONTRATO DE OBRA PÚBLICA N° 1045 DE 2021. MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO, GESTIÓN PREDIAL, SOCIAL Y AMBIENTAL SOSTENIBLE DE LA TRANSVERSAL DE LA MACARENA (MESETAS – LA URIBE) EN EL DEPARTAMENTO DEL META, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VÍAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030",** bajo un contrato a término OBRA O LABOR desempeñando el cargo de **CONDUCTOR VOLQUETA DOBLE TROQUE.,** contrato liquidado y finalizado.

Se expide la certificación al 15 de diciembre de 2024.

Cordialmente,

SERGIO EDISON PAGUAY FAJARDO
APODERADO ESPECIAL.
CONSORCIO VIAS COLOMBIA 065.
Copia: Hoja de Vida

Dirección: Av. El Dorado # 69B - 45. Oficina 605. Edificio Bogotá Corporate Center
Teléfono: +57 1 745 09 12
E-mail: notificaciones@hehcol.com
Página web:

Consorcio
Vías Colombia 065

CASAHIDALGO
CONSTRUCTORES

Uribe (Meta), 5 de enero de 2026

CONSORCIO VÍAS COLOMBIA 065

NIT. 901.473.611-8

CERTIFICA:

Que el señor **JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON,** identificado con cédula de ciudadanía No. **1119949274 de MESETAS - META,** laboró en nuestra compañía desde el día **17 de marzo de 2025** hasta el **06 de enero de 2026,** en el proyecto **"CONTRATO DE OBRA PÚBLICA N° 1045 DE 2021. MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO, GESTIÓN PREDIAL, SOCIAL Y AMBIENTAL SOSTENIBLE DE LA TRANS**VERSAL DE LA MACARENA (MES**ETAS – LA URIBE) EN EL DEPARTAMENTO DEL META, EN MARCO DE LA** REACTIVACIÓN ECONÓMICA, **MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VÍAS PARA LA LEGAL**IDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓ**N 2030"** bajo un contrato a término Obra o labor contratada, desempeñando el cargo de **OPERADOR DE DOBLE TROQUE.,** contrato liquidado y finalizado.

Se expide la certificación al 06 de enero de 2026.

Cordialmente,

SERGIO **PAGUAY** FAJARDO
APOD**ERADO** ESPECIAL
CONSORCIO VIAS **COLOMBIA 065**

Copia: Hoja de Vida

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: Jeissan Alexis

Apellidos: Ortiyoza Pinzon

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

Número de documento: 1119949274

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 01 Año 1997

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	9-9-24	X3A871V	Fundbo C
Toxoide Tetanico - Diftérico (Td)	1	9-9-24	233301c1	Fundbo C
	2	09.01.26	2334x004a	Ulloa H.
	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				

10232

FEDERACION COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

PAZ Y SALVO

07233

Cédula: 1119949274

Fecha de expedición: 07/01/2026

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 07 de enero de 2026 a las 10:05 a. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

107234

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:02:12 AM horas del 07/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1119949274**

Apellidos y Nombres: **ORTIGOZA PINZON JEISSON ALEXIS**

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. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin araic-atc@policia.gov.co

107235

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 miércoles 07 de enero de 2026, a las 10:01:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1119949274
Código de Verificación	1119949274260107100127

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

107236

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 287856435

PIB
10:00:06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 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) JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1119949274:

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 suscripcion 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.

102234

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 07/01/2026 10:03:16 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1119949274** y Nombre: **JEISSON ALEXIS ORTIGOZA PINZON.**

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. **131930472** . 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

515 9000

Dios y Patria

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000 910112

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

GOV.CO

107238

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRE:	WILFREDO
APELLIDOS:	ANTURI RENZA
IDENTIFICACION:	C.C. N° 17.685.000
EXPEDIDA EN:	BELEN CAQUETA
LIBRETA MILITAR No.	17.685.000
LICENCIA DE CONDUCCIÓN No. :	17685000
ESTADO CIVIL:	UNION LIBRE
FECHA DE NACIMIENTO:	05 DE FEB. DE 1984
LUGAR DE NACIMIENTO:	BELEN CAQUETA
DIRECCION:	CRA 3 # 5 - 66 B/ SANTA TERESA BELEN DE LOS ANDAQUIES CAQUETA
CELULAR:	3117147970

(07239)

FORMACION ACADEMICA

PRIMARIA:	ESCUELA GABRIELA MISTRAL BELEN CAQUETA.
SECUNDARIA:	COLEGIO AGROTECNICO MIXTO BELEN CAQUETA.
TITULO OBTENIDO:	BACHILLER ACADEMICO.
SUPERIORES:	CORPORACION UNIVERSITARIA AUTONOMA DEL CAUCA
TITULO OBTENIDO:	TECNICO PROFESIONAL EN DEPORTE Y RECREACION

OTROS:

DIPLOMADO:	ADMINISTRACION Y GESTION DEPORTIVA.

1072400

EXPERIENCIA LABORAL

ENTIDAD:	CASA HIDALDO
DIRECCION:	URIBE META
CARDO:	CONDUCTOR VOLQUETA DOBLE TROQUE
TIEMPO LABORADO:	04 MESE

ENTIDAD:	CASA HIDALGO
DIRECCION:	VILLA GARZON PUTUMAYO
CARGO:	CONDUCTOR VOLQUETA DOBLE TROQUE
TIEMPO LABORADO:	04 MESES

ENTIDAD:	CONSORCIO HALCON
DIRECCION:	VISTA HERMOSA META
CARGO:	CONDUCTOR VOLQUETA DOBLR TROQUE
TIEMPO LABORADO:	12 MESES

ENTIDAD:	CONSORCIO DSC
DIRECCION:	SAN JOSE DEL GUAVIARE
CARGO:	CONDUCTOR VOLQUETA DOBLE TROQUE
TIEMPO LABORADO:	02 MESES

1024

ENTIDAD:	CONSORCIO DSC
DIRECCION:	SAN JOSE DEL GUAVIARE
CARGO:	CONDUCTOR DOBLE TROQUE
TIEMPO LABORADO:	20 MESES

ENTIDAD:	CASS CONSTRUCTORES
DIRECCION:	HORMIGA PUTUMAYO
CARGO:	CONDUCTOR VOLQUETA DOBLE TROQUE
TIEMPO LABORADO:	3 MESES

ENTIDAD:	CONSORCIO CCC ITUANGO
DIRECCION:	ITUANGO ANTIOQUIA
CARGO:	CONDUCTOR VOLQUETA DOBLE TROQUE
TIEMPO LABORADO:	04 MESES

ENTIDAD:	CSS CONSTRUCTORES
DIRECCION:	YUMBO VALLE
CARGO:	CONDUCTOR VOLQUETA DOBLE TROQUE
TIEMPO LABORADO:	05 MESES

ENTIDAD:	SERVINTEGRAL
DIRECCION:	FLORENCIA CAQUETA
CARGO:	CONDUCTOR VEHICULO TIPO PESADO
TIEMPO LABORADO:	06 MESES

ENTIDAD:	CASS CONSTRUCTORES
DIRECCION:	BUENOS AIRES CAUCA
CARGO:	CONDUCTOR VOLQUETA DOBLE TROQUE
TIEMPO LABORADO:	06 MESES

10743

ENTIDAD:	CASS CONSTRUCTORES.
DIRECCIÓN:	DONCELLO CAQUETA.
CARGO:	CONDUCTOR VOLQUETA DOBLETROQUE.
TIEMPO LABORADO:	05 MESES.
ENTIDAD:	HIDALGO E HIDALGO.
DIRECCIÓN:	SANJOSE DEL FRAGUA CAQUETA.
CARGO:	CONDUCTOR VOLQUETA DOBLE TROQUE.
TIEMPO LABORADO:	10 MESES.
ENTIDAD:	PUNTO DE ATENCION PIAMONTE.
DIRECCION:	PIAMONTE CAUCA.
CARGO:	CONDUCTOR AMBULANCIA.
TIEMPO LABORADO:	01 AÑO.
ENTIDAD:	TRANSPORTADORA DE HERRAMIENTAS PETROLERAS.
DIRECCION:	NEIVA HUILA.
CARGO:	CONDUCTOR DOBLETROUQE
TIEMPO LABORADO:	02 AÑOS.

42401

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE:	MAYERLY SANCHEZ
CARGO:	COORDINADORA PAE
DIRECCION:	RETORNOGUAVIARE
TELEFONO:	3224015526

NOMBRE:	HUMBERTO CORTEZ
CARGO:	CONDUCTOR DOBLE TROQUE
DIRECCION:	BOGOTA
TELEFONO:	3103253475

NOMBRE:	LUIS ALFREDO MUÑOZ
CARGO:	GUARDA DE SEGURIDAD
DIRECCION:	BELEN CAQUETA
TELEFONO:	3118663096

10245

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE:	RIQUELIO CUELLAR C.
PROFESION:	ESP. EN GERENCIA EDUCATIVA
CARGO:	DOCENTE
DIRECCION:	POPAYAN CAUCA
CELULAR:	3204091323

NOMBRE:	FLOREL JOSE ANTURI
PROFESION:	INDEPENDIENTE
DIRECCION:	BELEN DE LOS ANDAQUIES CAQUETA
CELULAR:	3214370980

WILFREDO ANTURI RENZA
C.C. # 17.685.000 **DE BELEN CQTA.**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
17685000
NUMERO
ANTURI RENZA
APELLIDOS
WILFREDO
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1984
BELEN DE LOS ANDAQUIES
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
22-MAR-2002 BELEN DE LOS ANDAQUIES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

102447


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
17685000
ANTURI RENZA
WILFREDO
PERTENECE AL EJERCITO DE:
1A. LINEA
2A. LINEA
3A. LINEA
31 - DIC
2014
31 - DIC
2024
31 - DIC
2034
PROFESION
BACHILLER
28-MAY-2003

8270

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 17685000

NOMBRE
WILFREDO ANTURI RENZA

FECHA DE NACIMIENTO
05-02-1984

SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICION
05-07-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
INPS TTOyTTE LA DORADA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	05-07-2033	PARTICULAR
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	05-07-2033	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	05-07-2026	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

6749

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
COORDINACION DE EDUCACION DEL CAQUETA
COLEGIO DE BACHILLERATO AGROTECNICO MIXTO
Belén de los Andaquies – Caquetá

Aprobado por Resolucion 1527 del 10 de septiembre de 1997

Inscripción DANE 183094001665

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de BELEN a los 04 dias del mes de DICIEMBRE del año 2002 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de ultimo Ciclo lectivo especial integrado de la Educación Media de Adultos Semipresencial, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoria del COLEGIO DE BACHILLERATO AGROTECNICO MIXTO.

Institución aprobada hasta el año 2.002 en el Ciclo lectivo especial integrado de Educación Media y Autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura del Caquetá para otorgar el titulo de Bachiller ACADEMICO, según Resolución No. 1527 del 10 de Septiembre del año 1997.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica Semipresencial Diurna, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identidad se relacionan a continuación:

WILFREDO ANTURI RENZA, identificado con la Cedula de ciudadania No. 17.685.000 de Belén Caqueta.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 006 de Fecha 04 de Diciembre de 2002, consta de 21 alumnos que comienza con el nombre de WILFREDO ANTURI RENZA y se cierra con el nombre de MYRIAM VARGAS ARDILA.

Firmado y sellado por Hna. LUZ MARIA GONZALEZ Rectora y ANGELINA PEREZ PEREZ, secretaria (E)

Dada en Belén de los Andaquies a los cuatro (04) dias del mes de Diciembre del año 2002

Esp. Hna. LUZ MARIA GONZALEZ
C.C. 26.150.150 de Santa Rosa C.
Rectora

Lic. ANGELINA PEREZ PEREZ
C.C. 26.690.480 de Belén C.
La Secretaria (E)

La República de Colombia

y en su nombre, el

Colegio de Bachillerato Agrotécnico Mixto

Belén de los Andaquies - Caquetá

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Caquetá
Según Resolución No. 1527 del 10 de Septiembre de 1997

Confiere a:

Wilfredo Anturi Renza

Identificado con C.C. No. 17.683.000 de Belén de los Andaquies (Caquetá)

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los Artículos 27, 28, 29, 30, 31, 32, y 33 de la ley 115 de 1994 y los Artículo 27 - Decreto 3011-97 y los Planes y Programas consagrados en el Proyecto Educativo Institucional

Acta de Graduación No. 006

Dado en Belén - Caquetá a los 4 días del mes de Diciembre de 2002.

Hna. Lucy Yamile Jiménez S.
Rectora

Angelina Pérez P.
Secretaria

10251

CORPORACION UNIVERSITARIA AUTONOMA DEL CAUCA

ACTA DE GRADO No. 04 DE 2009

(3 de Abril)

En la ciudad de Popayán, (Cauca), República de Colombia, a los tres (03) dias del mes de abril de 2009, la Señora Rectora de la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA AUTÓNOMA DEL CAUCA presidió la ceremonia de grado de:

WILFREDO ANTURI RENZA

Con cédula de ciudadanía No. 17.685.000 de Belén de los Andaquies.

en cumplimiento de lo dispuesto en la resolución N° 065 del 25 de marzo de 2009, emanada del Consejo Académico y de conformidad con lo establecido en la Ley 30 de 1992 y el acuerdo N° 320 del 28 de mayo de 1999, expedido por la Asamblea de Fundadores, le confirió el titulo de:

TÉCNICO PROFESIONAL EN DEPORTE Y RECREACIÒN

e hizo entrega del Diploma, que lo acredita como tal, refrendado con el sello de la Institución y las firmas respectivas.

En fe de lo anterior se firma la presente acta tomada de la original.

Registro del Diploma: Diploma No. 365 Partida N° 033 Folio N° 13 del libro de Diplomas N° 001
Programa registrado en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior con el código 28491796790190011110O

CORPORACION UNIVERSITARIA AUTONOMA DEL CAUCA SECRETARIA GENERAL

ARAMINTA S. DE BELALCAZAR
Secretaria General

107252

CORPORACION UNIVERSITARIA
AUTONOMA
DEL CAUCA

En nombre de la

República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
Según Resolucion 12321 de Julio de 1979 y 677 de Abril de 2003
Considerando que conforme a las disposiciones legales vigentes:

Wilfredo Anturí Renza

Identificado con C.C. 17685000 de Belen de los Andaquies
Ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios
le otorga el titulo de:

Técnico Profesional en Deporte y Recreación

Con todos los derechos, privilegios y dignidades que le facultan para el ejercicio profesional.

Dado en la ciudad de Popayán a los 3 dias del mes de abril de 2009
Registrado en el libro de Diplomas No. 001 Folio 13 Partida 033
Resolución 065/25/03/09 Acta 04/03/04/09

Martha Elena Segura S.
Rectora

Araminta S. de Belalcázar
Secretario General

No. 365

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Wilfredo

Apellidos: Anturi Renza

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

Número de documento: 1 7 6 8 5 0 0 0

Fecha de nacimiento: Día 0 5 Mes 0 2 Año 1 9 8 4

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Neumococo - Rubeola	Única	09/08/13	D12N1020	Hospital Bekel
Fiebre Amarilla	Única	09/08/13	119VFC034B	Hospital Bekel
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	06/08/15	SOII	Patricia
	2	07/01/17	6051	Farateria IPS
	3			
	4			
	5			
Toxoide tetánico	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	Janssen	12/07/21	213A21A	Karen Lorena
	Moderna	26/06/22	037M21A	Erika Sanchez
	3er Ref.			
	2da Ref.			
Otras				

Powered by CamScanner

WILFREDO ANTURI RENZA

10254.

Consorcio
Vias Colombia 065

CASAHIDALGO
CONSTRUCTORES

Uribe (Meta), 06 de enero de 2026

CONSORCIO VÍAS COLOMBIA 065

NIT. 901.473.611-8

CERTIFICA:

Que el señor **WILFREDO ANTURI RENZA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **17685000 de BELEN DE LOS ANDAQUIES**, laboró en nuestra compañía desde el día **16 de septiembre de 2025** hasta el **06 de enero de 2026**, en el proyecto **"CONTRATO DE OBRA PÚBLICA N° 1045 DE 2021. MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO, GESTIÓN PREDIAL, SOCIAL Y AMBIENTAL SOSTENIBLE DE LA TRANSVERSAL DE LA MACARENA (MESETAS – LA URIBE) EN EL DEPARTAMENTO DEL META, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VÍAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030"** bajo un contrato a término Obra o labor contratada, desempeñando el cargo de **OPERADOR DE DOBLE TROQUE.**, contrato liquidado y finalizado.

Se expide la certificación al 06 de enero de 2026.

Cordialmente,

SERGIO PAGUAY PAJARDO
APODERADO ESPECIAL
CONSORCIO VIAS COLOMBIA 065

Copia Hoja de Vida

WILFREDO ANTURI RENZA

10 2558

CONSORCIO HALCÓN

Villavicencio, 29 de agosto de 2025

CERTIFICADO LABORAL

EL REPRESENTANTE LEGAL Y/O AREA DE GESTION HUMANA DE LA EMPRESA
CONSORCIO HALCON
NIT 901 666148-8

HACE CONSTAR:

Que el (la) señor(a) **WILFREDO ANTURI RENZA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número **17685000** laboró para el CONSORCIO HALCON desempeñando el cargo de **CONDUCTOR VOLQUETA DOBLETROQUE** desde **el día 21 de abril de 2025 al 29 de agosto de 2025**. con un contrato por obra o labor, con un salario básico mensual de **$ 1609000**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado 29 de agosto de 2025.

Cordialmente

YEINNY ANDREA VERANO TELLEZ
Residente Administrativo

WILFREDO ANTURI RENZA

10256

Consorcio
Vías Colombia 055

CASAHIDALGO
CONSTRUCTORES

Villagarzón (Putumayo), 9 de abril de 2025

CONSORCIO VÍAS COLOMBIA 055

NIT. 901.584.893-4

CERTIFICA:

Que el señor **WILFREDO ANTURI RENZA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **17685000 de BELEN DE LOS ANDAQUIES**, laboró en nuestra compañía desde el día **2 de diciembre de 2024** hasta el **11 de Abril de 2025**, bajo un contrato a término Obra o labor contratada, desempeñando el cargo de **CONDUCTOR VOLQUETA DOBLE TROQUE.**, contrato liquidado y finalizado.

Se expide la certificación al 9 de abril de 2025.

Cordialmente,

SERGIO EDISON PAGUAY FAJARDO
APODERADO ESPECIAL
Consorcio Vías Colombia 055

Av. El Dorado # 69B - 45 Of. 605 ed. Bogotá Corporate Center
601 + 745 0912
notificacionesvhencol.com

Consorcio
Vías Colombia 065

HeH COLOMBIA

107257

Uribe (Meta), 01 de diciembre de 2024

CONSORCIO VÍAS COLOMBIA 065

NIT. 901.473.611-8

CERTIFICA:

Que el señor **ANTURI RENZA WILFREDO,** identificado con cédula de ciudadanía No. **17685000 de BELEN DE LOS ANDAQUIES,** laboró en nuestra compañía desde el día **16 de septiembre de 2024** hasta el **01 de diciembre de 2024,** en el proyecto **"CONTRATO DE OBRA PÚBLICA N° 1045 DE 2021. MEJORAMIENTO, MANTENIMIENTO, GESTIÓN PREDIAL, SOCIAL Y AMBIENTAL SOSTENIBLE DE LA TRANSVERSAL DE LA MACARENA (MESETAS – LA URIBE) EN EL DEPARTAMENTO DEL META, EN MARCO DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA, MEDIANTE EL PROGRAMA DE OBRA PÚBLICA "VÍAS PARA LA LEGALIDAD Y LA REACTIVACIÓN VISIÓN 2030",** bajo un contrato a término Obra o Labor, desempeñando el cargo de **CONDUCTOR VOLQUETA DOBLE TROQUE.,** contrato liquidado y finalizado.

Se expide la certificación al 01 de diciembre de 2024.

Cordialmente,

SERGIO EDISON PAGUAY FAJARDO
APODERADO ESPECIAL.
CONSORCIO VIAS COLOMBIA 065.
Copia: Hoja de Vida

Dirección: Av. El Dorado # 69B - 45. Oficina 605. Edificio Bogotá Corporate Center.
Teléfono: +57 1 745 09 12
E-mail: notificaciones@hehcol.com
Página web: www.hehcol.com

CONSORCIO HALCÓN

Cumaral, 20 de agosto de 2024

EL REPRESENTANTE LEGAL Y/O AREA DE GESTION HUMANA DE LA EMPRESA
CONSORCIO HALCON
NIT 901 666148-8

HACE CONSTAR:

Que el (la) señor(a) **ANTURI RENZA WILFREDO,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número **17.685.000** laboró en nuestra empresa desempeñando el cargo de **CONDUCTOR VOLQUETA DOBLETROQUE** desde el **4 de noviembre de 2023** hasta el **día 20 de agosto de 2024**. con un contrato por obra o labor, con un salario básico mensual de **$1.609.000.**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente

YEINNY ANDREA VERANO TELLEZ
Residente Administrativo

gerencia@camelingenieria.com
3106965106 o 3184732061
Carrera 5 No 24-50
Yopal, Casanare

WILFREDO ANTURI RENZA

102259

Consorcio DSC

CERTIFICACIÓN

CONSORCIO DSC, se permite **CERTIFICAR** que el señor **WILFREDO ANTURI RENZA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número No. **17,685,000** expedida en **BELEN DE LOS ANDAQUIES**, laboro como TRABAJADOR(A) ante la empresa **CONSORCIO DSC**, en la ciudad de SAN JOSE DEL GUAVIARE, desde el 13/09/2021, mediante un contrato a término Labor contratada desde el 16/05/2023.

Que el cargo desempeñado en la actualidad fue el de **CONDUCTOR DE VOLQUETA DOBLETROQUE** con un Sueldo basico mensual de **($1,684,320)** MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **QUIEN INTERESE** , con fecha 21 de octubre de 2023.

GABRIEL DAVID SOLARTE VIVEROS
Representante Legal
Grupo LHS

102760

Consorcio DSC

CERTIFICACIÓN

CONSORCIO DSC, se permite **CERTIFICAR** que el señor **WILFREDO ANTURI RENZA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número No. **17,685,000** expedida en **BELEN DE LOS ANDAQUIES**, laboro como TRABAJADOR(A) ante la empresa **CONSORCIO DSC**, en la ciudad de SAN JOSE DEL GUAVIARE, desde el 13/09/2021, mediante un contrato a término Labor contratada desde el 16/05/2023.

Que el cargo desempeñado en la actualidad fue el de **CONDUCTOR DE VOLQUETA DOBLETROQUE** con un Sueldo basico mensual de **($1,684,320)** MONEDA LEGAL COLOMBIANA.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **QUIEN INTERESE** , con fecha 21 de octubre de 2023.

GABRIEL DAVID SOLARTE VIVEROS
Representante Legal
Grupo LHS

WILFREDO ANTURI RENZA

(0726)

cass
constructores

CERTIFICACIÓN

CASS CONSTRUCTORES SAS, Nit 900.018.975 se permite **CERTIFICAR** que el señor(a) **WILFREDO ANTURI RENZA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía numero No. **17.685.000**, laboró en nuestra compañía desde el pasado 05 de marzo de 2018 hasta el 14 de junio de 2018, desempeñándose en el cargo de **CONDUCTOR DOBLETROQUE**

La presente se expide en la ciudad de Bogotá; a los 14 de junio de 2018.

Atentamente,

cass NIT 900018975-1 GESTIÓN HUMANA

GESTIÓN HUMANA

SADIE ERAZO MENESES
Residente de Gestión Humana
Proyecto Corredor del Sur Fase III
Cel. 3202332004

WILFREDO ANTURI RENZA

10262

Consorcio CCC Ituango

1924895
160114

Campamentos Villa Luz (Ituango), 02 de mayo de 2017

EL ÁREA DE GESTIÓN HUMANA

DEL CONSORCIO CCC ITUANGO

Conformado por las empresas colombianas "CONSTRUCTORA CONCONCRETO S.A.", "CONINSA RAMÓN H. S.A." y la empresa brasilera "CONSTRUÇÕES E COMÉRCIO CAMARGO CORRÊA S.A.", con Nit. 900.551.266-0 y personería jurídica, que tiene por objeto la construcción del Proyecto Hidroeléctrico Ituango para Empresas Públicas de Medellín E.S.P ubicado en el departamento de Antioquia, certifica que:

Que el señor **ANTURI RENZA WILFREDO,** identificado con cédula de ciudadanía 17.685.000 de **BELEN DE LOS ANDAQUIES**, laboró al servicio del Consorcio CCC Ituango desde el día 09 de enero de 2017 hasta el día 08 de mayo de 2017, vinculado mediante contrato a Porcentaje de Obra, desempeñándose como **CONDUCTOR VOLQUETA DOBLETROQUE**. Con una asignación básica mensual de **UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL PESOS ($1.235.000.oo**) más horas extras.

Se encontraba afiliado a **NUEVA EPS** en Salud y **PROTECCION** en Pensiones.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado. Cualquier información adicional puede comunicarse al teléfono (034)8619400 Ext: 1079-1025 ó 3113576330.

Cordialmente,

CONSORCIO CCC ITUANGO
NIT. 900.551.266-0
Gestión Humana

OMAR ESTEBAN PINO ZAPATA.
Analista de Gestión Humana
Consorcio CCC Ituango

CC. Hoja de vida

CAMARGO CORRÊA · Constructora Conconcreto · Coninsa Ramón H

WILFREDO ANTURI RENZA

10263

CSS CONSTRUCTORES S.A.
NIT. 832.006.599-5

CSS CONSTRUCTORES S.A.

CERTIFICA

Que el senor(a) **WILFREDO ANTURY RENZA**, identificado con cédula de ciudadanía número **17,685,000**, laboró para esta empresa con un contrato a Término Indefinido, desempenando el cargo de **CONDUCTOR DE VOLQUETA DT**, desde el 14 de Julio de 2016 hasta el 20 de Diciembre de 2016.

Devengando un Salario Básico Mensual de UN MILLON CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. ($1.445.000.00).

La presente certificación se expide el 20 de Diciembre de 2016.

Atentamente,

ADRIANA LUCÍA RAMÍREZ QUEVEDO
JEFE DE GESTIÓN HUMANA

DIRECTOR

10269

Servintegral S.A. E.S.P.

Si quiere a tu ciudad limpia

Florencia, 30 de noviembre de 2016

EL GERENTE

CERTIFICA

Que el señor **WILFREDO ANTURI RENZA**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 17.685.000 de Belén de Los Andaquíes, laboró en la empresa SERVINTEGRAL S.A. E.S.P. Nit. 828.002.229-2, desde el 21 de enero del 2016 y hasta el 09 de julio de 2016; desempeñando el cargo de Conductor de vehículos tipo pesado para el proceso de Gestión Residuos Sólidos.

Este certificado se expide a solicitud del interesado con destino a Hoja de vida.

Atentamente,

JAIME FERNANDO GARCES CEDEÑO

Elaboró: Marlovy Paredes V.
Coordinadora Gestión Talento Humano

WILFREDO ANTURI RENZA

107265

cass
constructores

Carrera11B No 99-54 Of. 501-702
Teléfono: 5954010
Fax: 5954015/16
Bogotá D.C. Colombia

www.cassconstructores.com

contactenos@cassconstructores.com

CERTIFICACIÓN

CASS CONSTRUCTORES & CIA SCA, Nit 900018975 se permite CERTIFICAR que el señor **WILFREDO ANTURI RENZA**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero No **C.C. 17.685.000** de Belén de los Andaquíes Caquetá, laboro en nuestra compañía desempeñando el cargo de **CONDUCTOR VOLQUETA DOBLETROQUE**, en el proyecto de "Construcción De Pavimento En La Vía 25cc24, La Balsa Buenos Aires-Honduras-Asnazu, entre El Pro+000+090, en El Municipio De Buenos Aires Departamento Del Cauca", desde el **día 02 de Mayo de 2015** hasta el **día 13 de Noviembre de 2015**, con contrato a término **OBRA O LABOR CONTRATADA.**

La presente se expide a solicitud del trabajador **A QUIEN INTERESE**, en La Balsa (Cauca) al 13 de Noviembre del año 2015.

Atentamente,

cass
constructores y cia s.c.a.
Nit. 900.018.975-1
GESTIÓN HUMANA

MAIRA ALEJANDRA PRADA MORENO
Residente de Gestión Humana
Proyecto La Balsa-Buenos Aires
Tel: 3223524269

WILFREDO ANTURI RENZA

10266

cass constructores

Carrera 11B No 99 - 24 Of. 501-702
Teléfono: 595 4010
Fax: 595 4010/16
Bogotá D.C., Colombia

www.cassconstructores.com
constructores@cassconstructores.com

CERTIFICACIÓN

Me permito certificar que el Sr. **WILFREDO ANTURI RENZA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 17.685.000 laboró en nuestra empresa desempeñado el cargo de **CONDUCTOR DOBLETROQUE** en el proyecto **"Mejoramiento, Gestión Social, Predial y Ambiental del Proyecto Corredor Marginal de la Selva Fase II para el Programa de Corredores Prioritarios para la Prosperidad"**, desde el 03 de Diciembre de 2014 hasta el 01 de Mayo de 2015.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **QUIEN INTERESE**, con fecha 01 de Mayo de 2015.

Atentamente,

ERIKA LILIANA MENDEZ
Residente de Gestión Humana
Proyecto Marginal de la Selva Fase II
Tel. 3114589865

WILFREDO ANTURI RENZA

(10764)

HIDALGO e HIDALGO COLOMBIA S.A.S.
PROYECTO CARRETERA VILLA GARZON – SAN JOSE DEL FRAGUA

San José del Fragua, Noviembre 24 de 2014

779-14 -HEHCOL-CVSF-GH

HIDALGO E HIDALGO COLOMBIA SAS

NIT.900.354.637-5

CERTIFICA:

Que el señor **WILFREDO ANTURI RENZA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 17.685.000 de Belén de los Andaquíes, laboró en la compañía en el proyecto denominado"**contrato No. 545 de 2012 Mejoramiento, Gestión Social, Predial y Ambiental del Proyecto Villa Garzón San José del Fragua Fase 2 para el Programa Corredores Prioritarios para la Prosperidad**, "desempeñándose como **OPERADOR DOBLE TROQUE**, mediante el siguiente contrato a término Fijo.

DESDE EL OCHO (08) DE FEBRERO 2014 AL VEINTIUNO (21) DE NOVIEMBRE 2.014.

Esta certificación se expide de conformidad con la obligación 7° del Artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo

MARTHA JANETH RODRIGUEZ MENDEZ
Jefe Gestión Humana
Hidalgo e Hidalgo Colombia S.A.S.

Copia: Hoja de vida

Y.H./M.JR

WILFREDO ANTURI RENZA

10276 8

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL HUILA
MUNICIPIO DE NEIVA
NIT 17.623.164 – 5

EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA DE HERRAMIENTAS PETROLERAS EN USOS DE SUS ATRIBUTOS LEGALES

CERTIFICA QUE

El señor **WILFREDO ANTURI RENZA** identificado con cedula N° 17.635.000 expedida en Belén de los Andaquies Caqueta laboro en esta empresa desde Enero del 2004 hasta Enero del 2006, contrato a termino indefinido en el cargo de conductor de camión tipo doble troque.

Tiempo en el cual demostro ser una persona responsable y cumplidora de sus funciones diarias.

La presente certificacion se expide a solicitud del interesado a los dieciseis (16) dias del mes de Abril del 2013 en la ciudad de Neiva Huila.

Atentamente,

GERARDO POLANCO CARVAJAL
C.C.# 17.623.164
Gerente

Carrera 25 N° 2 - 40 oficina 2 Tel 8632306 Cel 3137672056
e-mail: ge72@hotmail.com

WILFREDO ANTURI RENZA

107269

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN
NIT 900.145.579-1

Piamonte, 06 de junio de 2012.

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL PUNTO DE ATENCION
PIAMONTE
CERTIFICA

Que el señor **WILFREDO ANTURY RENZA** identificado con cedula 17.685.00 de Belén Caquetá, se desempeñó como conductor de ambulancia en el Punto de Atención Piamonte desde el mes de abril de 2011 hasta el mes de abril de 2012 tiempo en el cual demostró ser una persona responsable y cumplidora de sus funciones diarias.

Para constancia y por solicitud del interesado se firma a los seis días del mes de junio de 2012

Atentamente,

PAOLA ANDREA VEGA ARIAS.
Profesional Universitario– Área de coordinación
E.S.E POPAYÁN

0270

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 288031697

PIB
11:28:16
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 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) WILFREDO ANTURI RENZA identificado(a) con Cédula de ciudadania número 17685000:

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.

1270

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 08 de enero de 2026, a las 11:17:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	17685000
Código de Verificación	17685000260108111745

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

10222

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:39:32 AM horas del 08/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **17685000**
Apellidos y Nombres: **ANTURI RENZA WILFREDO**

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. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

10273

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, 24/02/2025 11:04:48 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **17685000 .**

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. **111187546** . 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

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: Jeisson Alexis
Apellidos: Ortiz Yoza Pinzon
Documento de identidad: CC CE PA CD SC PE PEP DE
Número de documento: 1 1 1 4 9 4 9 2 7 4
Fecha de nacimiento: Día 1 7 Mes 0 1 Año 1 9 9 7

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	9-9-24	X3AB71V	
Triple Viral	1	9-7-24	2353121C1	
	2	09 01 26	2334	
Triple Bacteriana Celular DPT	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Td o T de refuerzo	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
	3ª			
Covid-19	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras:				

1027

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 15/01/2026, el empleador MEYAN SA identificado con NIT número 800143586 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9782109	15/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1119949274	JEISSONALEXIS ORTIGOZA PINZON	1750905	CONDUCTOR VOLQUETA	2026-01-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

9270

Medellín, 15 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 MEYAN S.A..

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:	0000000070 TALLER CASANARE - META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1119949274	ORTIGOZA PINZON JEISSON ALEXIS	19/01/2026		24051326	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 15/01/2026 08:10:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 79.127.214.212, 192.230.104.7, 172.16.42.57


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.119.949.274
ORTIGOZA PINZON
JEISSON ALEXIS
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-JUL-2015 MESETAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
P-5204400-01084194-M-1119949274-20190716
0066433340A 1



ROBINSON CHAVARRIAGA

36 Años
Barrió Jardín, Uribe-Meta
Apto-Casa
Tel: 311 822 2820
E-mail: rochamo18@hotmail.com

ESTUDIOS

2004 **Uribe Meta**	Bachiller Académico *Institución Educativa Rafael Uribe Uribe*
2004-2005 **Uribe Meta**	Técnico en producción Pecuaria **SENA**
2006-2008 **Villavicencio Meta**	Quinto Semestre Ingeniería civil *Universidad Cooperativa De Colombia*
2014-2015 **Villavicencio Meta**	Técnicas de Interventoría en Obras Civiles Y edificaciones. *Politécnico Agroindustrial*

Programas manejados: Word, Excel

IDIOMAS

Español: Natal
Inglés: Regular

EXPERIENCIA LABORAL

De /01/2022 a 04/2022 (Uribe Meta)
CONSORCIO MACAURI, Obras Civiles
Maestro general
Pavimentación de la vía Uribe la Julia del municipio de Uribe.

De /05/2021 a 12/2021 (Mesetas Meta)
ENTERRITORIO
Maestro de obra
Pavimentación de la vía que conduce MESETAS – URIBE departamento del Meta.

De /07/2020 a 10/2020 (Uribe Meta)
CONSORCIO MACAURI, Obras Civiles
Contratista de Mano De Obra
Construcción de boxcoulberth sobre la vía Uribe la Julia del municipio de Uribe.

De /10/2019 a 12/2019 (Uribe Meta)
CONSORCIO UNIDADES SANITARIAS, Obras Civiles
Contratista de Mano De Obra
Construcción Catorce unidades sanitarias en escuelas rurales del municipio de Uribe.

De /03/2018 a 06/2018 (Uribe Meta)
UNION TEMPORAL VIAS DE PAZ, Obras Civiles
Contratista de Mano De Obra
Construcción 400 M de placa huella tramo 2 veredas la libertad.

De /07/2017 a 09/2017 (Uribe Meta)
JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA BUENOS AIRES, Obras Civiles
Contratista de Mano De Obra
Construcción trece alcantarillas en las veredas la pista, el placer, y buenos aires.

De /01/2017 a 05/2017 (Uribe meta)
JUNTA DE ACCION COMUNAL VEREDA EL PROGRESO, Obras Civiles
Contratista de Mano De Obra
Construcción 4 alcantarillas en la vereda san Carlos, remodelación aula escolar y batería sanitaria vereda san Carlos, remodelación de la casa de la cultura de la vereda el Diviso, remodelación batería sanitaria vereda el diviso, remodelación batería sanitaria vereda La Argelia.

De /09/2015 a 02/2016 (Puerto Gaitán Meta)
CONSORCIO BOMBEROS PUERTO GAITAN, Obras Civiles
Contratista de Mano De Obra
Construcción Segunda Fase estación de bomberos Puerto Gaitán.

De /01/2015 a 08/2015 (Cubarral Meta)
UNION TEMPORAL CUBARRAL 2014, Obras Civiles
Contratista de Mano De Obra
Construcción Boxcoulverts en la vía antigua Guamal- Cubarral, construcción muros de contención Vía Antigua Guamal - Cubarral Y vía Cubarral - El Dorado.

De 08/2012 a 12/2014 (San José Del Guaviare)
UNION TEMPORAL SAN JOSE, Obras Civiles
Maestro contratista
Construcción obras de Escorrentía en el departamento de San José del Guaviare.

De 02/2011 a 10/2011 (Guamal Meta)
UNION TEMPORAL GUAMAL, Obras Civiles
Maestro contratista
Construcción de polideportivos y colegio.

De /12/2008 a 12/2009 (Uribe Meta)
ONG, "ECLIPSE" Acción para el desarrollo y Ayuda Integral.
Cogestor Social De la estrategia RED JUNTOS.
Contratista.
Estrategia para la superación de la pobreza extrema.

De /06/2008 a 12/2008 (Uribe Meta)
ALCALDIA MUNICIPAL URIBE META
Asistente de Planeación y Obras Publicas
Empleado.
Fortalecimiento a las organizaciones sociales mediante apoyo para la difusión y socialización de programas estatales dirigidos a sectores en condición de vulnerabilidad.
Formulación de proyectos.

De /01/2007 a 05/2008 (Uribe Meta)
RESGUARDO INDIGENA EMBERA KATIO y RESGUARDO INDIGENA PAÈZ
Fortalecimiento sociocultural y agroalimentario.
Empleado.
Establecimiento de sistemas de producción agropecuaria y promoción y coordinación de actividades sociales y productivas.

REFERENCIAS LABORALES

JACINTO ALFONSO MALAGON SIERRA
U.T. Cubarral 2014 (Cubarral Meta)
Contratista
Teléfono 313 8521677 E-mail utcubarral2014@hotmail.com

EDWIN LEONARDO GUTIERREZ
Director de obras (Uribe Meta)

Teléfono 3113666247
E-mail arq.edwingutierrez@gmail.com

REFERENCIAS PERSONALES

FERNANDO VERA BARRERA
Ingeniero Civil
Uribe Meta
Teléfono 311 480 9069

JAIME PAACHECO GARCIA
Amigo (Uribe -Meta)
Alcalde Municipal 2016-2019
Teléfono 320 339 3002
E-mail alcaldíadeuribe@gmail.com

FORMACIONES ADICIONALES E INTERESES

- COSTOS Y PRESUPUESTOS DE OBRA
- ASISTENCIA TECNICA Y FORMACION ACTIVA PARA PROCESOS DE SEGUIMIENTO, EVALUACION Y REVISION DEL POT.
- FORMADOR DE FORMADORES PARA LA ORGANIZACIÓN COMUNAL.
- NIVEL AVANZADO – Replantear los diseños de acuerdo con planos y especificaciones técnicas de construcción.

Deportes Hobbies: Futbol, Voleibol

(02282

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ROBINSON CHAVARRIAGA ZAMUDIO identificado(a) con CC 1121827481 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 13/01/2026

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DEL META-URIBE "SOLUCION SALUD"**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 23 días del mes 1 del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

107283

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 (Señale con una X)

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

Nombre de Empleador: ACEGCOING SAS | NIT | CC | CE | No: 901026379

Dirección Principal Empleador: CALLE 1 CARRERA 11 | Celular: 3118222820

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: CHAVARRIAGA | Segundo Apellido: ZAMUDIO | Nombres: ROBINSON | CC | TI | CE | PEP | PPT | No: 1121827481

Fecha de Nacimiento: 28 12 1986 | Fecha de Expedición Documento: 14 01 2005 | Sexo: M | F | NB | Celular: 311 8222820

Cargo: OFICIA DE OBRA | Salario Básico Mensual: 1750 905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: F | I

Fecha de Ingreso: 14 01 2026 | Correo Electrónico: rochamo18@hotmail.com

Dirección Residencia: CALLE 1 CARRERA 11 | Barrio/Vereda: B JARDIN | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | Urbano | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CALLE 1 CARRERA 11 | Barrio/Vereda: B. JARDIN | Ciudad/Municipio: URIBE | 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
								X			

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica	Secundaria	Media X	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 Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: CASASBUENAS | Segundo Apellido: GARCIA | Nombre: YENCY LORENA | CC | TI | CE | PEP | PPT | No. 1721881429

Fecha de Nacimiento: 20 08 1991 | Fecha de Expedición: 13 10 2009 | Dirección: CALLE 1 CARRERA 11 | Barrio: JARDIN | Ciudad: URIBE

Correo Electrónico: Ylorena.casasbuen@gmail.com | Celular: 3138768579

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

DATOS DE PADRES, HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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
Julian Chavarriaga	20 08 2008	T.I	1123.142.286									
Alexandra Chavarriaga	14 03 2011	T.I	1.123.142.702									

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 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 desafiliación 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 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, 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 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 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 la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y

(8270)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.121.827.481
CHAVARRIAGA ZAMUDIO
APELLIDOS
ROBINSON
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1986
MESETAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

14-ENE-2005 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-00845444-M-1121827481-20160830 0050770528A 1 6723978453

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

1072555

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

robinson chavarriaga zamudio identificado con **cc 1121827481** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	ACEGCOING SAS
Tipo y Número de Documento	nit 901026379
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/13
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/14.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Salud

10286

QR DE AUTENTICIDAD

ID: a8b873dc-77ee-435a-a4de-0f53c407751d

Nombres y apellidos / Full name

ROBINSON CHAVARRIAGA ZAMUDIO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 1 8 2 7 4 8 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

28/12/1986

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3118222820

Correo electrónico / e-mail

rochamo18@hotmail.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				
COVID JANSSEN	Única	2	7	2021	Janssen	208A21A	CENTRO DE ATENCION MESETAS	MARTHA CASTRO GUAYARA
Fiebre Amarilla	Única	23	11	2024	Fabricante	X3A871V	CENTRO DE ATENCION URIBE	ROSA NIDIA BOHORQUEZ
TD Adulto	Primera	23	11	2024	Serum	2333L021C	CENTRO DE ATENCION URIBE	ROSA NIDIA BOHORQUEZ

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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6de70bc5-552f-4b10-8539-59898638402

Nombres y apellidos / Full name

JORGE YARMIDE HERNANDEZ AVILEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 9 5 4 1 0 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

21/06/1982

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

000

Correo electrónico / e-mail

capitaladministrativo@factureinbox.co

Datos de Vacunación / Vaccination data

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	Única	23	11	2024	Fabricante	X3A871V	CENTRO DE ATENCION URIBE	ROSA NIDIA BOHORQUEZ
TD Adulto	Primera	23	11	2024	Serum	2333L021C	CENTRO DE ATENCION URIBE	ROSA NIDIA BOHORQUEZ

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.

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALSA

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
[illegible]	12 | 07 | 2026	AYUDANTE DE OBRA	

I. DATOS PERSONALES

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
HERNANDEZ	AVILEZ	JORGE YARMIDE

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
AYUDANTE DE OBRA		$ 1'350.000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
PLANETA RICA	27 | 06 | 1982	SOLTERO

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
CORDOBA	VEREDA	3118222821

Cédula de ciudadanía: Nº 10.954.105	(**) Libreta militar Nº
Expedida en: PLANETA RICA	Distrito Nº 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 ☐			

¿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	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
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 más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su ingreso 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)*		

7 702124 007790 >

10278

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

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / 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 RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio		

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio ☐ Amigo ☐ 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 menciónelos			

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	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).	Jorge Hernandez C.C 10.954.105

VIII. ADMINISTRACIÓN 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 ☐		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

107290

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 (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 16 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliacion ✓ | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: ACEGCOIN SAS | NIT CC CE No: 901026379

Dirección Principal Empleador: CALLE 1 CARRERA 11 B. JARDIN. | Celular: 3118222820

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: HERNANDEZ | Segundo Apellido: AVILA | Nombres: JORGE YARMIDE | CC ✗ TI CE PEP PPT | No: 1095U.105

Fecha de Nacimiento: 21 06 1982 | Fecha de Expedición Documento: 03 06 2003 | Sexo: M ✓ F NB | Celular:

Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Salario Básico Mensual: 1'750.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: F I

Fecha de Ingreso: 14 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: | Barrio/Vereda: BARRIO BOSQUES DE CHUCUA | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | Urbano | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CALLE 1 CARRERA 11 | Barrio/Vereda: B JARDIN | Ciudad/Municipio: URIBE | 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 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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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 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, 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 nival 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 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 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 protecciondatos@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

Jorge Hernandez
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

(0291)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.954.105

HERNANDEZ AVILEZ
APELLIDOS

JORGE YARMIDE
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1982
PLANETA RICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

03-JUN-2003 PLANETA RICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

R-1302800-70129757-M-0010954105-20040028 00747042711 02 993395160

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

107292

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

jorge yarmide hernandez avilez identificado con **cc 10954105** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	ACEGCOING SAS
Tipo y Número de Documento	nit 901026379
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/13
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/14.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

107293

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:

JORGE YARMIDE HERNANDEZ AVILEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.954.105**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 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.

(0294)

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: acad78a-26af-436a-bde1-8abbfcfdc473

Nombres y apellidos / Full name

FRAINER JOSE MEJIA PINTO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 1 0 4 3 1 5 3

Fecha de nacimiento / Date of birth

09/09/1992

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

0000000

Correo electrónico / e-mail

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
TD Adulto	Primera	14	6	2018		D2299	DISTRACCION ESE HOSPITAL SANTA	Emna Gonzalez Carrillo
COVID JANSSEN	Única	6	8	2021	Janssen	208A21A	DISTRACCION ESE HOSPITAL SANTA RITA DE CASIA	EMNA GONZALEZ CARRILLO
COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	11	5	2022	Janssen	204F21A	APREHSI LTDA	YADIRA PACHECO GUERRA

El Mnisterio 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 Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión 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.

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALES

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
URIBE, META	18 | 01 | 2026		

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional. Art. 1111 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
MEJIA	PINTO	FRAINER JOSE

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
AYUDANTE DE OBRA	2.	$ 1'750.000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
FONSECA (LA GUAJIRA)	09 | 09 | 1992	UNION LIBRE

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
CALLE 1 CARRERA 11	JARDIN.	3118222820

Cédula de ciudadanía: N° 1.721.043.153
Expedida en: DISTRACCION

(**) Libreta militar N°
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 ☐			

¿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	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
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

(Por favor relacionar los últimos dos empleos que tenga o haya desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita dar más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y se tendrán en cuenta en su entrevista.)

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 especial salvaguarda escrita de Legis. Ley Cualquier PAGO EXIGIDO o por conocer sin la autorización de las personas DVDs y demás establecidas en la Ley Autoral

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	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / 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 RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio		

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio ☐ Amigo ☐ 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	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	FRAINER MEJÍA C.C. 1.121.043.153.

VIII. ADMINISTRACIÓN 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 ☐		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

10276

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, firmado 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 (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento	Afiliación primera vez	Adición personas a cargo	Reafiliación	Veteranos (Ley 1979/2019)
20/01/2026	✓			

Nombre de Empleador: ACEGCOING SAS — NIT: X — CC: CE: No: 901096379

Dirección Principal Empleador: CALLE 1 CARRERA 11 B. JARDIN — Celular: 3118222820

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	CC	TI	CE	PEP	PPT	No.
MESIA	PINTO	FRAINER JOSE	X					7721.043453

Fecha de Nacimiento	Fecha de Expedición Documento	Sexo	F	NB	Celular
09/09/1992	29/09/2010	M			3128225316

Cargo	Salario Básico Mensual	Fijo	Variable	Tipo de Contrato
AYUDANTE DE OBRA	1750.000			1

Fecha de Ingreso	Correo Electrónico	Rural	Urbano	País
20/01/2026	NO TIENE			COLOMBIA

Dirección Residencia: MZ. 26 L 3 — Barrio/Vereda: B. JARDIN — Ciudad/Municipio: URIBIA — Rural — Urbano — País: COLOMBIA

Resguardo: — Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CALLE 1 CARRERA 11 — Barrio/Vereda: B. JARDIN — Ciudad/Municipio: URIBIA — Rural — Urbano — País: COLOMBIA

Profesión: — Empleador Anterior: — Fecha de Retiro

SEÑALE CON UNA X

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica X	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 X	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 X

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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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.net.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, afianzas, 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 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 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

FRAINER MESIA

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, 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

102797

(07298

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.121.043.153**

MEJIA PINTO
APELLIDOS

FRAINER JOSE
NOMBRES

FYAíNCE Mejía
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-1992**

FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

29-SEP-2010 DISTRACCION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-4800800-01083184-M-1121043153-20190711 0066267587A 2 9908971787

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

107299

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

frainer jose mejia pinto identifado con **cc 1121043153** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	ACEGCOING SAS
Tipo y Número de Documento	nit 901026379
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/20
Estado de Afiliación	Actio
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad conómica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retio	Sin Retio

Esta certifación se expide a los 2026/01/19

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

107300

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:

FRAINER JOSE MEJIA PINTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.043.153**, 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.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

10730

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

ferley garcia montoya identificado con **cc 1075246528** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	ACEGCOING SAS
Tipo y Número de Documento	nit 901026379
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/13
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/14.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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:

FERLEY GARCIA MONTOYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.075.246.528**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 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.

107303

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: b0102935-6249-40ab-9b24-efb347100ad4

Nombres y apellidos / Full name

FERLEY GARCIA MONTOYA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 7 5 2 4 6 5 2 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

13/08/1990

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3124437870

Correo electrónico / e-mail

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				
COVID JANSSEN	Única	23	7	2021	Janssen	212A21A	CENTRO DE ATENCION URIBE	YORLADIS VELANDIA PENAGOS
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	8	1	2022	Moderna Biotech	005H21A	CENTRO DE ATENCION URIBE	YOLANDA LEON CERVERA
Fiebre Amarilla	Única	23	11	2024	Fabricante	X3A871V	CENTRO DE ATENCION URIBE	ROSA NIDIA BOHORQUEZ
TD Adulto	Primera	23	11	2024	Serum	2333L021C	CENTRO DE ATENCION URIBE	ROSA NIDIA BOHORQUEZ

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.

minerva
10-03

www.formasminerva.com

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie la hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha | Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

Apellidos del aspirante: Zaicia Montoya | Nombres del aspirante: Ferley

Fecha de nacimiento: 73 08 7990 | Lugar de nacimiento:

Dirección de residencia / Barrio: | Ciudad:

Teléfono: 3124437870 | N° Celular:

Correo electrónico: | Nacionalidad:

FOTOGRAFÍA RECIENTE Tamaño 3 x 4 cm

Profesión, ocupación u oficio: | (*) Estado civil: | Años de experiencia laboral:

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

Cédula de ciudadanía: X | N°: 7078246528 | (**) Libreta militar No.: | Primera clase: | Segunda clase:

Extranjería: | Expedida en: | Distrito No.: | Categoría:

Tarjeta profesional No.: | ¿Tiene vehículo? Si / No | Licencia de conducción No.:

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

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

¿Trabajó antes en esta empresa? Si / No | ¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si / No | Fecha: | ¿Conoce a alguien de esta empresa? Si / No | Nombre: | Dependencia:

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si / No | Nombre: | Dependencia:

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio / Amigo / Redes Sociales / Por medio de agencia / Otro / ¿Cuál?

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si / No | Vive en casa: ¿Familiar? / ¿Propia? / ¿Alquilada? | Nombre del arrendador: | Teléfono: | ¿Hace cuánto tiempo vive en este lugar?

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si / No | Describalo e indique su valor mensual | ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $

¿Por qué conceptos? | ¿Cuánto es su aspiración salarial? $

¿Cuál es su principal afición? | ¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si / No

¿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

107305

Nombre de la empresa	Actividad económica	Dirección	Teléfono
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha ingreso	Fecha Retiro	Sueldo inicial	Sueldo Final
				$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál? 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
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha ingreso	Fecha Retiro	Sueldo inicial	Sueldo Final
				$	$

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál? 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.				
2.				

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐ Sí ☐ No

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

Erley García Montoya
C.C. 1078246528

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

Número de Radicación | Fecha de Radicación (d d m m a a a a)

Página 1 de 2

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

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	Si [ ] No [ ]

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos			
GARCIA	MONTOYA	FERLEY	

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación
C.C	1.025.246.528	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
COLOMBIANO	COLOMBIA	META	URIBE	13 08 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad	Tipo	Condición
		Si [ ] No [X]			

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial
Si [X] No [ ]	Nivel	Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingresos base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA	PORVENIR	1'750.049	

26. Residencia			
LA JULIA			
META	URIBE	Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [X] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres completos			

28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo de identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?		País	Departamento	Municipio	

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

35. Apellidos y nombres completos	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													

	51. Datos de residencia Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

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

C		
B		
B		
B		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
ACEGCONG SAS	NIT	901026379	

59. Ubicación				
URIBE	13118222820	acegcoingsas@gmail.com	META	URIBE

Versión Supersalud

107306

107307

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 (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento	13 01 2026	Afiliación primera vez		Adición personas a cargo		Reafiliacion	✓	Veteranos (Ley 1979/2019)	

Nombre de Empleador: ACEGCOING SAS — NIT | CC | CE No: 901016379

Dirección Principal Empleador: CALLE 1 CARRERA 11 B. JARDIN. — Celular: 3118222820

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: GARCIA	Segundo Apellido: MONTOYA	Nombres: FERLEY	☒	TI	CE	PEP	PPT	No: 1075.246528

Fecha de Nacimiento	13 08 1990	Fecha de Expedición Documento	25 08 2008	Sexo	M	F	NB	Celular:

Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Salario Básico Mensual: 1'750.905	Fijo	Variable	Tipo de Contrato	F	I

Fecha de Ingreso: 14 01 2026 — Correo Electrónico:

Dirección Residencia:	Barrio/Vereda: INYECCION IA JULIA	Ciudad/Municipio: URIBE	Rural	Urbano	País: COLOMBIA

Resguardo: — Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CALLE 1 CARRERA 11	Barrio/Vereda: B JORDIN	Ciudad/Municipio: URIBE	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 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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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.cofremfamiliar.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, 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 designan.

Vigilado Supersubsidio

Ferley Garcia

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

107308

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.246.528

GARCIA MONTOYA
APELLIDOS

FERLEY
NOMBRES

Ferley Garci Monto.
FIRMA





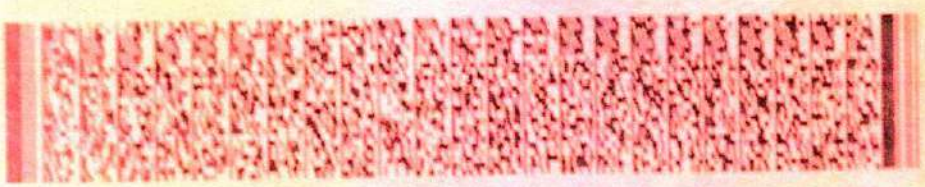
FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1990

MESETAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-AGO-2008 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1900100-00154804-M-1075246528-20090420 0010869746A 1 28264253

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 547e30bb-8813-4386-b70a-de94d1cc4df6

Nombres y apellidos / Full name

EDGAR OSORIO ALVAREZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

7 2 5 4 2 9 4

Fecha de nacimiento / Date of birth

13/02/1976

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3213742399

Correo electrónico / e-mail

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	Única	25	10	2019		P3H591V	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA
TD Adulto	Primera	25	10	2019		221501517B	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA
COVID JANSSEN	Única	18	8	2021	Janssen	212A21A	CENTRO DE ATENCION URIBE	YOLANDA LEON CERVERA
TD Adulto	Segunda	23	9	2025	Serum	2334X006A	CENTRO DE ATENCION URIBE	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA - CC1119947512 - Activo

El Mnisterio 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 Mnistery 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.

minerva
10-03

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

107310

Fecha: 06 01 26

Empleo o cargo al que aspira: Ayudante de obra

I. INFORMACIÓN GENERAL

Apellido(s) del aspirante: Osorio Alvarez

Nombre(s) del aspirante: Edgar

Fecha de nacimiento: 13 02 76

Lugar de nacimiento: Puerto Salgar

Dirección de residencia: Barrio Jardin

Ciudad: Uribe Meta

Teléfono:

N° Celular: 3216186864

Correo electrónico: edgarosorio1317@gmail.com

Nacionalidad: Colombiano

Profesión, ocupación u oficio:

(*) Estado civil: Unión Libre

Años de experiencia laboral: 12 años

FOTOGRAFÍA RECIENTE Tamaño 3 x 4 cm

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: X No. 7254294

Extranjería: Expedida en:

(**) Libreta militar No.: Primera clase: Segunda clase:

Distrito No.

Tarjeta profesional No.:

¿Tiene vehículo? Si No X

Licencia de conducción No.: Categoría:

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona trabajador, honesto, amable, proactivo y se trabajar bajo presión

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?

¿Acepta trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si No

Vive en casa: ¿Familiar? ¿Propia? ¿Alquilada? X

Nombre del arrendador: Ana

Teléfono:

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 3 meses

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si No X

Descríbalo e indique su valor mensual:

¿Por qué conceptos?

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1'500.000

¿Cuánto es su aspiración salarial? $ lo asignado

¿Cuál es su principal afición?

¿Practica algún deporte? Si No X ¿Cuál(es)?

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

10211

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por orden	Área del cargo	Fecha Ingreso d m a	Fecha Retiro d m a	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones logros y/o

Nombre del jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por orden	Área del cargo	Fecha Ingreso d m a	Fecha Retiro d m a	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones logros y/o

Nombre de su Jefe Inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores.

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Esmeralda Marquez	Ama de Casa	Barrio Jardin	3114443202
2.	Fernando Mosquera	Maestro	Barrio Jardin	3223561421

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Elda Tinoco	Ama de casa	Villavicencio	3223077044
2.				

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

Nota importante

Favor no borrar ni tachar la información suministrada por el aspirante en esta solicitud. Muchas gracias por su atención.

Certificación

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

Firma del solicitante

cc 7254 244

minerva

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos: OSORIO | ALVAREZ | EDGAR.
9. Tipo documento de identidad: C.C
10. Número de documento de identidad: 7254.294
11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]
12. Sexo de Identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: COLOMBIANO
14. Lugar de nacimiento: COLOMBIA | META | URIBE
15. Fecha de nacimiento: 13/01/1971/6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia [ ]
17. Comunidad [ ]
18. Discapacidad: Si [ ] No [X] — Categoría de discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si [X] No [ ]
20. Clasificación SISBÉN: Nivel | Grupo
21. Grupo de población especial [ ]
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR
24. Ingresos base de cotización - IBC: 1'750.000.
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: B. JARDIN | META | URIBE
Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres completos
28. Tipo documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo de 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 completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo Identificación: F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C		
B		
B		
B		

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

55. Nombre o razón social: ACEGCONG SAS
56. Tipo de documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 900126379
58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: CALLE 1 CARRA 11 | 3118222820 | acegconges@ | META | URIBE.

VIGILADO Supersalud

107312

(07313

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 (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 20 | 01 | 2026 — Afiliación primera vez: — Adición personas a cargo: X — Reafiliación: — Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: ACEGCOING SAS — NIT: — CC: — CE: — No: 901310289

Dirección Principal Empleador: CALLE 7 CARRERA 11 B. JARDIN — Celular: 311 8222820.

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: OSORIO — Segundo Apellido: ALVAREZ — Nombres: EDGAR — CC: X — TI: — CE: — PEP: — PPT: — No: 7.254.294.

Fecha de Nacimiento: 12 | 02 | 1978 — Fecha de Expedición Documento: 08 | 05 | 1997 — Sexo: M: X — F: — NB: — Celular: 311 8222820

Cargo: AUXILIAR DE OBRA — Salario Básico Mensual: 1750.000 — Fijo: X — Variable: — Tipo de Contrato: 1: X

Fecha de Ingreso: 21 | 01 | 2026 — Correo Electrónico: NO TIENE.

Dirección Residencia: CASA 5. — Barrio/Vereda: BOJAS DE ORO — Ciudad/Municipio: URIBE — Rural: — Urbano: — País: COLOMBIA

Resguardo: — Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CALLE 7 CARRERA 11 — Barrio/Vereda: B. JARDIN. — Ciudad/Municipio: URIBE. — Rural: — Urbano: — País: COLOMBIA

Profesión: — Empleador Anterior: — Fecha de Retiro:

SEÑALE CON UNA X

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica: X	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: X	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: X

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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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 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, 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 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 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 manifiestan 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.254.294
OSORIO ALVAREZ

APELLIDOS
EDGAR

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1976
PUERTO SALGAR
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

08-MAY-1997 PUERTO BOYACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1725450-00193294 M 0007254294 20091103 0017659178A 2 7310100560

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

107315

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

edgar osorio alvarez identificado con **cc 7254294** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	ACEGCOING SAS
Tipo y Número de Documento	nit 901026379
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/21
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/20.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

10236

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:

EDGAR OSORIO ALVAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **7.254.294**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 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.*

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d07597b-1817-4918-be99-85e6eef08765

Nombres y apellidos / Full name

CARLOS JOSE VASQUEZ MOYANO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

7 9 2 4 2 6 9 9

Fecha de nacimiento / Date of birth

12/11/1967

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3124995938

Correo electrónico / e-mail

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
COVID JANSSEN	Única	23	7	2021	Janssen	212A21A	CENTRO DE ATENCION LEJANIAS	ELSA RODRIGUEZ DE HERRERA

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.

107317

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
VILLAVICENCIO	13 / 01 / 2026	AUXILIAR DE OBRA	

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
VASQUEZ	ROMERO	CARLOS JOSE

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
AUXILIAR DE OBRA	2	$ 1'300.000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
EL PEÑON - CUNDINAMARCA	12 / 11 / 1967	Soltero

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
B. Jardin	JARDIN	3108123496

Cédula de ciudadanía N°	(**) Libreta militar N°
79.242.699	
Expedida en: SUBA	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 ☐			

¿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	Ciudad	Último grado cursado	Fecha	
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 más espacio utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y son ningún caso confidenciales)

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. Uso Comercial medio conocido o por conocer, su promoción o publicidad en cualquiera de sus formas, sin la autorización previa y escrita de Legis, constituye violación a los derechos de autor y es sancionado en la ley penal.

10870

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	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / 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 RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio		

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa? Anuncio ☐ Amigo ☐ 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 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 mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

C.C. 79.242.699

VIII. ADMINISTRACIÓN 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 ☐		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

(07319

104320

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

Número de Radicación | Fecha de Radicación (d d m m a a a a)

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
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 [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos: VASQUEZ | MOYANO | CARLOS JOSE
9. Tipo documento de identidad: C.C
10. Número de documento de identidad: 79 742.699
11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]
12. Sexo de identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: COLOMBIANO
14. Lugar de nacimiento: Colombia | CUNDINAMARCA | FUSAGASUGA
15. Fecha de nacimiento: 12 | 12 | 1961

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia [ ]
17. Comunidad [ ]
18. Discapacidad: SI [ ] No [X] — Categoría de discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
19. Tiene encuesta SISBÉN: SI [ ] No [ ]
20. Clasificación SISBÉN: Nivel | Grupo
21. Grupo de población especial [ ]
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA
23. Administradora de Pensiones: COLPENSIONES
24. Ingresos base de cotización - IBC: 1'750.000
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: CALLE 1 CARRA 17 | META | URIBE
Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres completos
28. Tipo documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo de 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 completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

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

C		
B		
B		
B		

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

55. Nombre o razón social: ACEGCONG. SAS
56. Tipo de documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 901026379
58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: CALLE 1 CARRERA 17 | 3118222824 | ACEgcongsas@gmail.com | META | URIBE.

Versión Supersalud

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 (Señale con una X)

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

Nombre de Empleador: ACEGOING SAS | NIT | CC | CE | No: 901026379

Dirección Principal Empleador: CALLE 7 CARRERA 11 B. Jardin | Celular: 311 8222820

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	TI	CE	PEP	PPT	No.
VASQUEZ	MOYANO	CARLOS JOSE					79.242.699

Fecha de Nacimiento: 12 11 1967 | Fecha de Expedición Documento: 09 12 1985 | Sexo: M F NB | Celular:

Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Salario Básico Mensual: 1750.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: F I

Fecha de Ingreso: 14 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: | Barrio/Vereda: | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | Urbano | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CALLE 7 CARRERA 11 | Barrio/Vereda: B. JARDIN | Ciudad/Municipio: URIBE | 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
	X										

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica X	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 X	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 X

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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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 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, 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 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 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 la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y

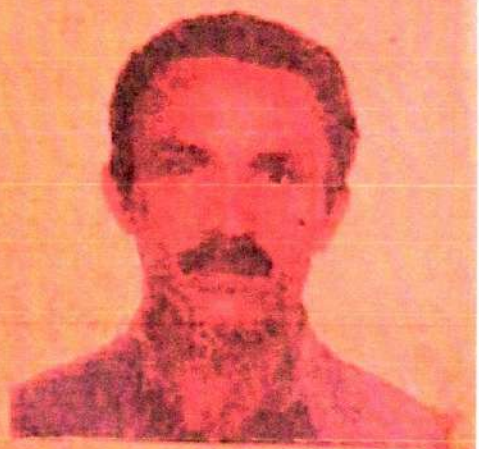
107322

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.242.699

VASQUEZ MOYANO
APELLIDOS

CARLOS JOSE
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

12-NOV-1967
FECHA DE NACIMIENTO

EL PEÑON
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

09-DIC-1985 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-9200100-69114391-M-0079242699-20040310 00525

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

(07323

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

carlos jose vasquez moyano identificado con **cc 79242699** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	ACEGCOING SAS
Tipo y Número de Documento	nit 901026379
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/13
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/14.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: dd3e0763-bdf4-4b0c-af4c-03c7f5a8b8fc

Nombres y apellidos / Full name

AUDIS MARCEL RODRIGUEZ GARAVITO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 9 5 3 2 8 0

Fecha de nacimiento / Date of birth

25/06/1982

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3138996594

Correo electrónico / e-mail

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	Única	26	10	2017		M55781V	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	JENNY PAOLA MAHECHA MORENO
TD Adulto	Primera	26	10	2017		D2299	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	JENNY PAOLA MAHECHA MORENO
TD Adulto	Segunda	26	9	2020		2338X004AE	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	DIEGO DAVID OLAYA
Fiebre Amarilla	Única	13	2	2021		R3G891V	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA
TD Adulto	Tercera	13	2	2021		2338X004AE	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA
COVID JANSSEN	Única	12	8	2021	Janssen	212A21A	CENTRO DE ATENCION URIBE	YOLANDA LEON CERVERA

El Mnisterio 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 camé 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 Mnistery 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.

107324

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA
CURRICULUM VITAE minerva 10-00

1072325

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
URIBE, META	D 13 M 01 A 2026	AYUDANTE DE OBRA	

I. DATOS PERSONALES

(*) Información opcional. Ley 13 de 1972 Art. 3 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	
RODRIGUEZ	GARAVITO	AUDIS MARCEL	
Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?	
AYUDANTE DE OBRA	2	$ 1'400.000	
Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil	
PUNTA RICA - CORDOBA	D 25 M 06 A 1982	UNION LIBRE	
Dirección domicilio	Barrio	Teléfono	
B. JARDIN	JARDIN	3114492652	
Cédula de ciudadanía N° 10.953.280	(**) Libreta militar N°		
Expedida en: URIBE	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 ☐			

¿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	Ciudad	Último grado cursado	Fecha	
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 seis empleos que tuvo la persona, comenzando por el último o actual. Si necesita más detalles puede usar 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)*		

Prohibida toda reproducción total o parcial sin autorización escrita de Ley. Bajo cualquier medio conocido o por conocer, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley vigente.

107326

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	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / 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 RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio		

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo		¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si ☐ No ☐
	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 mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Audis Rodriguez
C.C. 10.953.280

VIII. ADMINISTRACIÓN 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 ☐		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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o Cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución 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 [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ | GARANTO | AVDOS | MARGI

9. Tipo documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 10.953.280
11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]
12. Sexo de identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: COLOMBIANA
14. Lugar de nacimiento: COLOMBIA | META | URIBE
15. Fecha de nacimiento: 21/01/61/9/81/2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia [ ]
17. Comunidad [ ]
18. Discapacidad: SI [ ] No [X] — Categoría de discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
19. Tiene encuesta SISBEN: Si [X] No [ ]
20. Clasificación SISBEN: Nivel [ ] Grupo [ ]
21. Grupo de población especial [ ]
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA
23. Administradora de Pensiones: PROTECCION
24. Ingresos base de cotización - IBC: 1'750.000
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: B. JARDIN | META | URIBE | Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres completos
28. Tipo documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo de 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 completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

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

C		
B		
A		
G		

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

55. Nombre o razón social: ACCECONG SAS
56. Tipo de documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 901026379
58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: CALLE 1 CARRERA 11 211 B22282 cl Accecong sas Cel META | URIBE

VERSIÓN Sucesivo(a)

107327

107328

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 (Señale con una X)

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

Nombre de Empleador: ACEGCOING SAS | NIT CC CE No: 901026379

Dirección Principal Empleador: CALLE 1 CARRERA 11 B. JARDIN. | Celular: 311 8222820

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: RODRIGUEZ | Segundo Apellido: GARAVITO | Nombres: AUDIS MARCEL | CC TI CE PEP PPT No: 70.953.280

Fecha de Nacimiento: 25 06 1982 | Fecha de Expedición Documento: 07 10 2002 | Sexo: M F NB | Celular:

Cargo: AUXUANTE DE OBRA | Salario Básico Mensual: | Fijo Variable | Tipo de Contrato: F I

Fecha de Ingreso: 14 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: | Barrio/Vereda: B. JARDIN. | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural Urbano | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CALLE 1 CARRERA 11 | Barrio/Vereda: B. JARDIN. | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural Urbano | País: COLOMBIA

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro

SEÑALE CON UNA X

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica X	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 X	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 X

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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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 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, 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 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 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 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

Audis Rodriguez
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, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

10329

DUPLICADO CC
10.953.280



APELLIDOS / NOMBRES
RODRIGUEZ GARAVITO
AUDIS MARCEL

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
25-JUN-1982
PLANETA RICA - CORDOBA

FECHA DE EXPEDICIÓN
07-OCT-2002

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
URIBE - URIBE

OFICINA DE ENTREGA
URIBE - URIBE

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 14-MAY-2025

8513544269
14-NOV-2024

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

1073280

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

audis marcel rodriguez garavito identificado con **cc 10953280** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	ACEGCOING SAS
Tipo y Número de Documento	nit 901026379
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/13
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/14.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 1920b7b-b67f-4698-9c1e-5bd9e73ce6be

Nombres y apellidos / Full name

ANGEL YESID GARAVITO TRUJILLO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 3 3 0 5 9 6 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

22/01/1997

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3228892016

Correo electrónico / e-mail

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	Única	13	2	2021		R3G891V	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA
TD Adulto	Primera	13	2	2021		2338X004AE	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA
COVID JANSSEN	Única	12	8	2021	Janssen	212A21A	CENTRO DE ATENCION URIBE	YORLADIS VELANDIA PENAGOS
TD Adulto	Segunda	23	11	2024	Serum	2333L021C	CENTRO DE ATENCION URIBE	ROSA NIDIA BOHORQUEZ

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.

107331

10 7332

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva · 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
URIBE, META	D 13 M 01 A 2026	AYUDANTE DE OBRA	

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional. Ley 1171 de 2007 y Decreto 2150 de 1995.

(*) Respuesta opcional. Ley 1171 de 2007 y Decreto 2150 de 1995.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
GARAVITO	TRUJILLO	ANGEL YESID

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
AYUDANTE DE OBRA		$ 1'700 000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
PLANETA RICA - CORDOBA	D 22 M 01 A 1997	UNION LIBRE

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
BARRIO ESPERANZA	ESPERANZA	3128243246

Cédula de ciudadanía: N° 1 003 305 965	(*) Libreta militar N°	
Expedida en: PLANETA RICA - CORDOBA	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 ☐			

¿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	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
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

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)*

Prohibida la reproducción total o parcial de la forma autorizada por Ley. Derechos reservados de autor (Ley 23 de 1982). Impreso en papel de seguridad.

107333

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	☐
GANADERÍA / AVICULTURA	☐	Cuero y Calzado	☐	Maquinaria	☐	HOTELES Y RESTAURANTES	☐	EDUCACIÓN	☐
MINERÍA	☐	Papel y Cartón	☐	Automotores	☐	TRANSPORTE	☐	SEGUROS	☐
PETRÓLEO / 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 RAÍZ	☐	_____	☐
Tabaco	☐	Vidrio, Cerámica y Cemento	☐	CONSTRUCCIÓN	☐	INFORMÁTICO	☐		☐

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

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

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio ☐	Amigo ☐	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	Si ☐	No ☐
	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 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Angel Yesid Garavito
CC 1.003.305.965

VIII. ADMINISTRACIÓN 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 ☐		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

10 7239

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos: GARAVITO | TRUJILLO | ANGEL | YESID
9. Tipo documento de identidad: C.C
10. Número de documento de identidad: 1.003.303.965
11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]
12. Sexo de identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: COLOMBIANO
14. Lugar de nacimiento: País COLOMBIA | Departamento META | Municipio URIBE
15. Fecha de nacimiento: 2/2/01/1/1/9/1/9/1/7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia [ ]
17. Comunidad [ ]
18. Discapacidad: Si [ ] No [X]
Categoría de discapacidad Tipo [ ] Condición [ ]
19. Tiene encuesta SISBÉN: Si [X] No [ ]
20. Clasificación SISBÉN: Nivel | Grupo
21. Grupo de población especial [ ]
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR
24. Ingresos base de cotización - IBC: 17'350.000
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: B. ESPERANZA | META | URIBE
Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]
Zona

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

27. Apellidos y nombres completos
28. Tipo documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo de 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 completos: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															
B2															
B3															

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C	
B	
B	
B	

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

55. Nombre o razón social: ACEGCONG SAS
56. Tipo de documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 901026379
58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: CALLE 1 CARRERA 171 3118272810 ACgconstruc@.com META | URIBE

VERSIÓN Supersalud

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

1072335

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 (Señale con una X)

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

Nombre de Empleador: ACEGCOING SAS — NIT | CC | CE No. 901026379

Dirección Principal Empleador: CALLE 1 CARRERA 11. — Celular: 311 822 8820

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: GARRIDO	Segundo Apellido: TRUJILLO	Nombres: ANGUC YESID.	CC	TI	CE	PEP	PPT	No. 1.003.303.965

Fecha de Nacimiento	22 01 1997	Fecha de Expedición Documento	14 12 2015	Sexo	M	F	NB	Celular:

Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Salario Básico Mensual: 1'750.905	Fijo	Variable	Tipo de Contrato	F	I

Fecha de Ingreso	14 01 2026	Correo Electrónico:

Dirección Residencia:	Barrio/Vereda:	Ciudad/Municipio: URIBE	Rural	Urbano	País: COLOMBIA

Resguardo: — Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CALLE 1 CARRA 11	Barrio/Vereda: B. JARDIN.	Ciudad/Municipio: URIBE	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 X	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 X	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 X

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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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 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, 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 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. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

Angel Garrido
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 Visivicendo y

107336



FECHA DE NACIMIENTO 22-ENE-1997

PLANETA RICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

14-DIC-2015 PLANETA RICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1302800-00789672-M-1003305965-20160217 0048396116G 1 45872708



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.003.305.965

GARAVITO TRUJILLO
APELLIDOS

ANGEL YESID
NOMBRES

Angel Yesid Garavito
FIRMA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

107337

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

angel yesid garavito trujillo identificado con **cc 1003305965** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	ACEGCOING SAS
Tipo y Número de Documento	nit 901026379
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/13
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/14.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

107338

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:

ANGEL YESID GARAVITO TRUJILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.305.965**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 23638002-5332-4513-9a7b-1bfebb5587c9

Nombres y apellidos / Full name

ANDRES FELIPE URREA URREA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 3 1 4 3 1 8 2

Fecha de nacimiento / Date of birth

05/08/1991

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3115779457

Correo electrónico / e-mail

Dosis 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	6	2017		167VFCO32Z	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	JENNY PAOLA MAHECHA MORENO
TD Adulto	Primera	5	6	2017		D2296	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	JENNY PAOLA MAHECHA MORENO
Fiebre Amarilla	Única	26	10	2017		M55781V	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	JENNY PAOLA MAHECHA MORENO
TD Adulto	Segunda	26	10	2017		D2296	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	JENNY PAOLA MAHECHA MORENO
COVID JANSSEN	Única	20	10	2021	Janssen	203F21A	CENTRO DE ATENCION URIBE	YOLANDA LEON CERVERA

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.

107339

1023340

RELACIONES INDUSTRIALES PERSONALSA

7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA
CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Codigo cargo
URIBE, META	13 / 01 / 2026	AYUDANTE DE OBRA	

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional Art. 777 Decreto 2151 de 1995. (**) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
UREA	UREA	ANDRES FELIPE

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
AYUDANTE DE OBRA	4	$1'700.000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
AIPUARRA - TOLIMA	05 / 08 / 1991	

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
MZ A CS 18	Bosques del duda	

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°	
1 123 743 782	Distrito N°	Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐
Expedida en: URIBE		

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

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

¿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	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
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

(Para relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último en el cual. Si necesita más espacio, anexe una hoja por separado con datos completos y en el mismo orden.)

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)*

Prohibida toda reproducción total o parcial sin la previa autorización escrita de Ley. No cumplir este concepto es por ocasionar las sanciones civiles y penales establecidas en la Ley 23/82

07341

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

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / 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 RAÍZ		_____	
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio		

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa? Anuncio ☐ Amigo ☐ 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 menciónelos	

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	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).	Andres Felipe Urrea C.C. 1.723.143.182

VIII. ADMINISTRACIÓN 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 ☐		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

107342

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 (Señale con una X)

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

Nombre de Empleador: ADECOIN SAS | NIT CC CE No 901026379

Dirección Principal Empleador: CALLE 1 CARRERA 11 B. JARDIN. | Celular: 3118222820

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: URREA | Segundo Apellido: URREA | Nombres: ANDRES FELIPE | CC TI CE PEP PPT No: 1.123.143.182

Fecha de Nacimiento: 05 08 1991 | Fecha de Expedición Documento: 08 04 2013 | Sexo: M F NB | Celular:

Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Salario Básico Mensual: 1750.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: F I

Fecha de Ingreso: 14 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: | Barrio/Vereda: BRISAS DEL DUDA | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | Urbano | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CALLE 1 CARRERA 11 | Barrio/Vereda: B. JARDIN | Ciudad/Municipio: URIBE | 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 X	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 X	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 X

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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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 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, 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 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 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

Andres Urrea
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

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

1073143

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 (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 13 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliacion | ✓ Veteranos (Ley 1978/2019)

Nombre de Empleador: ASECOIN SAS | NIT | CC | CE | No 901076379

Dirección Principal Empleador: CALLE 1 CARRERA 11 B. JARDIN. | Celular: 3118222820

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: URREA | Segundo Apellido: URREA | Nombres: ANDRES FELIPE | CC | TI | CE | PEP | PPT | No: 1.123.143.182

Fecha de Nacimiento: 05 08 1991 | Fecha de Expedición Documento: 08 04 2013 | Sexo: M | F | NB | Celular:

Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Salario Básico Mensual: 1'750.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato | F | I

Fecha de Ingreso: 14 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: | Barrio/Vereda: BOSQUE DEL PUEBLO | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | Urbano | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CALLE 1 CARRERA 11 | Barrio/Vereda: B. Jardin | Ciudad/Municipio: URIBE | 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 X	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 X	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 X

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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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 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, 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 afiados 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 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 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

Andres Urrea

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

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:

ANDRES FELIPE URREA URREA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.143.182**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 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.

10345

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.143.182
URREA URREA

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

Andres Felipe Urrea

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-AGO-1991

ALPUJARRA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

AB+
G.S. RH

M
SEXO

08-ABR-2013 URIBE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-5207400-00446738-M-1123143182-20130703 0033872037A 2 38079517

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

1023796

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

andres felipe urrea urrea identificado con **cc 1123143182** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	ACEGCOING SAS
Tipo y Número de Documento	nit 901026379
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/13
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/14.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

10234

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

marlon amaury pabon identificado con **cc 1048846600** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO SAS ZOMAC
Tipo y Número de Documento	nit 901862981
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/19
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/17

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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

1073548

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 (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 17 01 2026 | Afiliación primera vez: X | Adición personas a cargo: | Reafiliacion: | Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: CONCRETOS Y ESCOFRADO CARDOZO SAS ZOMAC | NIT: X | CC: | CE: | No: 901862981

Dirección Principal Empleador: URD - CARACOL FCA PIPIRAI | Celular: 3005616529

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: PABON | Segundo Apellido: | Nombres: HARLON AMAURY | CC: X | TI: | CE: | PEP: | PPT: | No: 1018.846.600

Fecha de Nacimiento: 17 07 2004 | Fecha de Expedición Documento: 08 08 2022 | Sexo: M: X | F: | NB: | Celular: 3114696855

Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Salario Básico Mensual: 1'750.905 | Fijo: | Variable: | Tipo de Contrato: F: | T:

Fecha de Ingreso: 19 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: | Barrio/Vereda: VERSALLES | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural: | Urbano: | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: | Barrio/Vereda: VERSALLES | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural: | Urbano: | País: COLOMBIA

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

SEÑALE CON UNA X

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar: X	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: X	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: X

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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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 la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por si 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, 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 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 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 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

Marlon Pabon
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

Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

RADICACIÓN

10234949

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA

Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE X | INDEPENDIENTE

Tipo de documento CC X | TI | CE | PA | Otro | ¿Cuál? | N.º de documento 1048846600

Fecha de Expedición 08 08 2022 | Municipio Expedición | Departamento Expedición | Sexo M X | F

Primer nombre MARLON | Segundo nombre AMAURY

Primer apellido PABON | Segundo apellido

Fecha nacimiento 17 07 2004 | Municipio nacimiento GARAGOA | Departamento nacimiento BOYACA | Nacionalidad COLOMBIA

Dirección de residencia CL 1 KR 11 | Barrio / vereda de residencia BARRIO CENTRO

Municipio de residencia URIBE | Departamento de residencia META

Teléfono de residencia | Celular 3114696855 | Salario integral SI X NO

Ocupación u oficio Obreros y peones de obras públicas y r | Ingreso mensual $ 1,750,905 | Es empleador SI NO X

Correo electrónico MARLONPABON098@GMAIL.COM | Alto riesgo SI NO X

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/cotizante acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de páginas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, mensaje de texto, WhatsApp, etc.). SI X NO

Dirección de ubicación laboral | Barrio/ vereda de ubicación laboral

Municipio de ubicación laboral | Departamento de ubicación laboral | Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento NIT X | CC | CD | TI | CE | PA | Otro | ¿Cuál? | N.º de documento 901862981 | DV 7 | Código CIIU

Naturaleza Pública | Privada X | Razón social o nombre CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO S.A.S ZOM

Dirección VRD CARACOL FCA PIPIRAL | Municipio BOGOTA, D.C.

Barrio / vereda | Departamento BOGOTA D.C | Sucursal

Teléfono 3005610529 | Celular | Ocupación u oficio

Correo electrónico concretosyencofradoscardozo@gmail.com

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo de documento CC | TI | CE | PA | RC | Otro | ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacimiento Día Mes Año

Primer nombre | Segundo nombre

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo M | F | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6

Tipo de documento CC | TI | CE | PA | RC | Otro | ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacimiento Día Mes Año

Primer nombre | Segundo nombre

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo M | F | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE MOVILIDAD Vinculación inicial X | Traslado de régimen | Traslado de entidad diferente | Traslado por Elección Familiar | Vinculación con Empleador SI NO | Subsidiado SI NO

Si marcó Traslado, indique: Entidad Actual | Entidad a donde desea trasladarse

El afiliado debe cotizar bajo el régimen exclusivo de pensiones SI NO ¿Cuál? | Tarifa que debe cotizar %

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/cotizante declara y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, para la recolección, almacenamiento de datos de carácter personal y relacionado relacionados con la posición en, gestión, administración, contabilización, actualización y mejora de los servicios, bienes y beneficios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso de cualquier tiempo en los términos de la normatividad vigente, a las entidades afiliadas y públicas que tengan información del afiliado/cotizante para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, beneficios y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. SI X NO

2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado/cotizante acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, directamente o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada, por el afiliado/cotizante en su documento de identidad y/o la demás que se requiera COLPENSIONES, para los fines y procedimientos permitidos. SI X NO

3. La información diligenciada será usada para efectuar empalme ante la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES. SI X NO

V. FIRMAS

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Hago constar que la selección de Régimen RPM la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y completa en virtud de la cual manifiesto que de manera informada que he elegido a COLPENS para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en este formulario son fidedignos.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR AL CUIDADO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INDICADOS EN ESTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

MARLON AMAURY PABON
CC. 1048846600
Documento firmado electrónicamente

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE | HUELLA AFILIADO | NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu"

ADI-GAF-FIL-001_V4

OSE 01

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

SOPORTE DE AFILIACIÓN Y/O REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS - SAT

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Resp Esepa

No. de Radicación SAT	CODIGO ASESOR Y/O PROMOTOR
	N1085

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

CONTRIBUTIVO [X] SUBSIDIADO [ ] CONTRIBUCION SOLIDARIA [ ]

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Pabon		Harlen	Anguly

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO
RC TI [P] CE CC CD PE AS PT	1048846600	M [F]

SEXO DE IDENTIFICACIÓN	10. FECHA NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
I M T NB	17 07 2004	Colombia	Colombia

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELEFONO FIJO	EXT.
Uribe	Meta	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD	31. SEXO	32. FECHA DE NACIMIENTO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1												
2												
3												
4												
5												

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBEN NIVEL	SISBEN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U R								I. II.		
2			U R								I. II.		
3			U R								I. II.		
4			U R								I. II.		
5			U R								I. II.		

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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante (pagador de pensiones)
Concretos y Encofrados	[N] TI CC CE SC PA CD PE PT	901862981		dependiente

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO

3005610529	INDICATIVO/TELEFONO	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	17 01 2026	CARGO	Ayudante	OCUPACIÓN	SALARIO	1750905

IX. FIRMAS

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

AFILIACIÓN SAT

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 56645e73-2fbc-44fd-baae-871a710e5991

Nombres y apellidos / Full name

MARLON AMAURY PABON

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 4 8 8 4 6 6 0 0

Fecha de nacimiento / Date of birth

17/07/2004

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3144834159

Correo electrónico / e-mail

MILENA.06PABON@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				
COVID MODERNA	Primera	23	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	YEIMI YISELA ENRRIQUEZ GARCIA
COVID MODERNA	Segunda	11	1	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	015F21A	UNIDAD DE SERVICIOS CALLE 42	MARTHA ROCIO SACHICA PELAEZ
Fiebre Amarilla Particular	Única	18	6	2024		231VFC003Z	DMORI	DIANA SOLANO
COVID MODERNA XBB1.5	Adicional 1	27	7	2024	Catalent Indiana	032H23A	DISPENSARIO MEDICO ORIENTE-APIAY	YESSICA SANCHEZ ESPITIA

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.

10 7352

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.048.846.600

PABON

MARLON AMAURY

Marlón Pabón



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUL-2004

GARAGOA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.85 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-AGO-2022 VILLANUEVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

Listo.

minerva
10-03

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1

107353

Fecha	Empleo al cual aspira
D M A	Ayudante de obra

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 3 Decreto 1160



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Pabon	Marlon Amaury
Fecha de nacimiento D 17 M 07 A 2004	**Lugar de nacimiento** Garagoa Boyacá
Dirección domicilio / Barrio Carrera 9 4-56 Barrio centro	**Ciudad** Uribe Meta
Teléfono	**N. Celular** 3114696855
Correo electrónico MarlonPabon098@gmail.com	**Nacionalidad** Colombiano
Profesión, ocupación u oficio Trabajo en el campo	**(*) Estado civil** soltero
	Años de experiencia laboral 3 años

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

Cédula de ciudadanía: X	No. 1.048.846.600	(**) Libreta militar No. 1.048.846.600	Primera clase: X
Extranjería:	Expedida en: Villanueva	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 caractericen en su vida laboral

Quinto de primaria
Manejo de ganado y echar maquina

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 X No ☐	Nombre: Brayan Estiven castañeda — 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? X ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☐	Nombre del arrendador	Teléfono — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No X	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si ☐ No ☐ ¿Cuál(es)?		

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

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

REV. 02-2024/MP 06-2025

7 702124 007813 > 2030011

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: c7e17d39-b3ae-4f87-9970-61679fd8a504

Nombres y apellidos / Full name

JUAN DIEGO GAITAN PERILLA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 7 2 9 4 8 9 0

Fecha de nacimiento / Date of birth

16/07/2000

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3118047814

Correo electrónico / e-mail

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
COVID PFIZER	Primera	24	3	2022	PFIZER	ACC5853	ARBOLEDA E.S.E CS SAN MIGUEL	SANDRA CORDOBA
COVID PFIZER	Segunda	23	4	2022	PFIZER	ACC5853	ARBOLEDA E.S.E CS SAN MIGUEL	SANDRA CORDOBA

El Mnisterio 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 Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión 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.

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
URIBE, META	D 12 M 01 A 2026	Ayudante de obra.	

I. DATOS PERSONALES

(**) Respuesta opcional Art. 1111 decreto 2150 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
GAITAN	PERILLA	JUAN DIEGO

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
AYUDANTE DE CONSTRUCCION.	2	$ 1750905

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
SAN JOSE DEL GUAVIARE	D 16 M 07 A 2000	SOLTERO

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
VEREDA VERSALLES		3242997311

Cédula de ciudadanía: N° 1007.294.890	(**) Libreta militar N°
Expedida en: Bogotá	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 ☐			

¿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	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
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 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, son pasibles de las sanciones civiles y penales establecidas en la ley autoral.

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	
GANADERÍA / AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERÍA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO / 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 RAÍZ		_____	
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

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

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

1.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.-	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa? Anuncio ☐ Amigo ☐ 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 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 mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Diego Gaitan
C.C. 7007·294·890

VIII. ADMINISTRACIÓN 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 ☐		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

107356

10235

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	1007294890
NOMBRES	JUAN DIEGO
APELLIDOS	GAITAN PERILLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	GUAVIARE
MUNICIPIO	SAN JOSE DEL GUAVIARE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	01/05/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/13/2026 14:56:03	**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

10238

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 Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

109359

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 (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento	09 / 01 / 2026	Afiliación primera vez		Adición personas a cargo		Reafiliacion	✓	Veteranos (Ley 1979/2019)	

Nombre de Empleador: CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOLO SAS ZOMAC. NIT CC CE No 901862981

Dirección Principal Empleador: URB CARACOL FCA PIPIRAL Celular: 3005610529

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: GAITAN	Segundo Apellido: PERILLA	Nombres: JUAN DIEGO	TI	CE	PEP	PPT	No: 1'007.244.890

Fecha de Nacimiento	16 / 07 / 2000	Fecha de Expedición Documento	18 / 07 / 2018	Sexo	M	F	NB	Celular:

Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Salario Básico Mensual: 1'750.905	Fijo X	Variable	Tipo de Contrato	F	I

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

Dirección Residencia: VEREDA VERSALLES	Barrio/Vereda: VEREDA VERSALLES	Ciudad/Municipio: URIBE	Rural	Urbano	País: COLOMBIA

Resguardo: Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: VEREDA VERSALLES	Barrio/Vereda: VEREDA VERSALLES	Ciudad/Municipio: URIBE	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
	X										

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica	Secundaria X	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 X	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 X

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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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 la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y púbico en general, por si 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, 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 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 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 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

Diego Gaitán
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

1073360

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.294.890

GAITAN PERILLA

APELLIDOS

JUAN DIEGO

NOMBRES

Juan Diego Gaitan Perilla

FIRMA





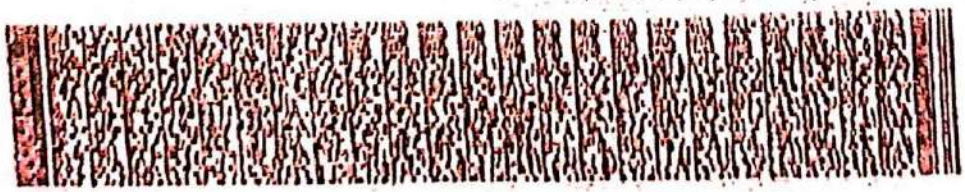
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-2000
SAN JOSE DEL GUAVIARE
(GUAVIARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-JUL-2018 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALLEGO VALENCIA



P-1500150-01036177-M-1007294890-20180907 0062528170A 1 1105053005

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

10236

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

juan diego gaitan perilla identificado con **cc 1007294890** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO SAS ZOMAC
Tipo y Número de Documento	nit 901862981
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/09
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/9.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

107362

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

jose domingo gonzalez tovar identificado con **cc 17590685** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO SAS ZOMAC
Tipo y Número de Documento	nit 901862981
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/19
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/17

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

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 (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 17 01 2026 | Afiliación primera vez: X | Adición personas a cargo: | Reafiliacion: | Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: CONCRETO Y ENCOFRADOS CONCRETO SAS ZOMAC | NIT | CC | CE | No: 901862981

Dirección Principal Empleador: VRD CARACOL FCIA PIPIRAL | Celular: 3005610529

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: GONZALEZ | Segundo Apellido: TOVAR | Nombres: JOSE DOMINGO | TI | CE | PEP | PPT | No: 17.590.685

Fecha de Nacimiento: 09 09 1973 | Fecha de Expedición Documento: 16 12 1994 | Sexo: M | F | NB | Celular: 3202745210

Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Salario Básico Mensual: 1'750.905 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato | F | X

Fecha de Ingreso: 19 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: | Barrio/Vereda: VERSALLES | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | Urbano | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: | Barrio/Vereda: VERSALLES | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | Urbano | País: COLOMBIA

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro

SEÑALE CON UNA X

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica X	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 X	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 X

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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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 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, 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 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 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 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

JOSE

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 Visavicendo y

104363

10736

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE DOMINGO GONZALEZ TOVAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **17.590.685**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 18 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.*

10736

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	17590685
NOMBRES	JOSE DOMINGO
APELLIDOS	GONZALEZ TOVAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	PUERTO GAITAN

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	14/02/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/18/2026 11:23:51	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".

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 92453020-0a81-4432-9d7f-08bf58503da2

Nombres y apellidos / Full name

JOSE DOMINGO GONZALEZ TOVAR

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 7 5 9 0 6 8 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

01/09/1975

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

00000000

Correo electrónico / e-mail

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
COVID ASTRAZENECA	Primera	5	11	2021	Oxford-AstraZeneca	NL0074	CUCUTA CLINICA MEDICAL DUARTE	LISBETH LAZARO ORTIZ
COVID ASTRAZENECA	Segunda	8	1	2022	Oxford-AstraZeneca	77948	CUCUTA IPS VACUNORTE S.A.S.	HEIDY RODRIGUEZ

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.

107366

10936



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.590.685

GONZALEZ TOVAR

APELLIDOS

JOSE DOMINGO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1975

ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

16-DIC-1994 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4000100-01265308-M-0017590685-20211112 0076334118A 1 8502881556

10736

Hoja de Vida

HOJA DE VIDA

JOSE DOMINGO GONZALEZ TOVAR



Una persona con valores firmes de responsabilidad y respeto, que cumple con lo que se propone logrando ser eficaz, eficiente, creativo y promotor de nuevas ideas.

Mis fuertes son la adaptabilidad, la tolerancia y el trabajo en equipo, pues considero que las buenas relaciones personales y grupales son básicas para el logro de un excelente desarrollo laboral.

Datos Personales

Datos personales

IDENTIFICACIÓN	**17.590.685 – ARAUCA - ARAUCA**
FECHA DE NACIMIENTO	**01 DE SEPTIEMBRE DE 1975**
LUGAR DE NACIMIENTO	**ARAUCA – ARAUCA**
ESTADO CIVIL	**UNION LIBRE**
CELULAR	**3203745210**
DIRECCIÓN	**BATEAS – PTO GAITAN**

1092369

JOSE DOMINGO GONZALEZ TOVAR
C.C N.º 17.590.685 – ARAUCA - ARAUCA

0236 01

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 17.590.685

GONZALEZ TOVAR

APELLIDOS

JOSE DOMINGO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1975

ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

16-DIC-1994 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4000100-01265308-M-0017590685-20211112 0076334118A 1 8502881556

10937

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	1121897320
NOMBRES	EIDER ANDRES
APELLIDOS	AGUILERA LADINO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	GRANADA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/03/2025	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/18/2026 11:17:10	**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

107372

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: db11f8f-ea3d-43f5-918d-4f615575cc8e

Nombres y apellidos / Full name

EIDER ANDRES AGUILERA LADINO

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 1 8 9 7 3 2 0

Fecha de nacimiento / Date of birth

06/10/1992

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3102273919

Correo electrónico / e-mail

CAPITALADMINISTRATIVO@FACTUREINBOX.CO

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	Única	19	4	2023	Sanofi Pasteur	V3N211V	CENTRO DE ATENCION URIBE	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA
TD Adulto	Primera	19	4	2023	Serum	2331L027C	CENTRO DE ATENCION URIBE	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA

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.

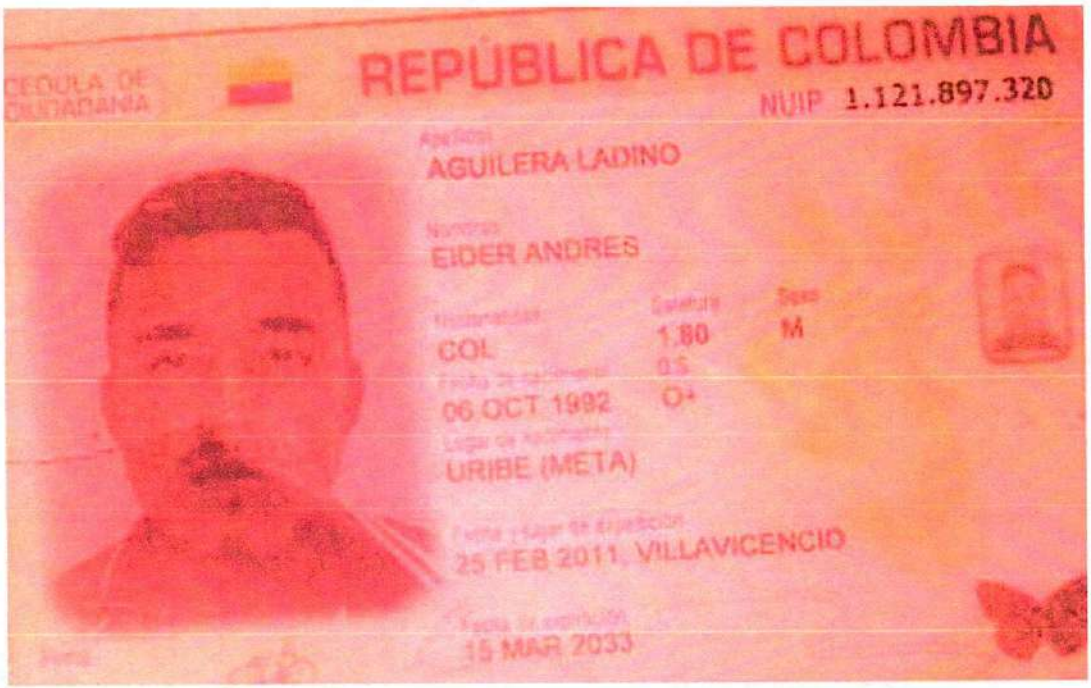
The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

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.

107373


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.121.897.320
Apellidos
AGUILERA LADINO
Nombres
EIDER ANDRES
Nacionalidad
COL
Estatura
1.80
Sexo
M
Fecha de nacimiento
06 OCT 1992
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
URIBE (META)
Fecha y lugar de expedición
25 FEB 2011, VILLAVICENCIO
Fecha de expiración
15 MAR 2033


.CO
0194632891
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL0194632898520001<<<<<<<<<<<
9210066M3303159COL1121897320<8
AGUILERA<LADINO<<EIDER<ANDRES<

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva

Ciudad | Fecha | Empleo o cargo solicitado | Código cargo

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido: Aguilar | Segundo apellido: Ladino | Nombres: Elder andres

Profesión u ocupación u oficio: Oficial de obra | Más de un empleo actual? | ¿Cuánto es su ingreso mensual? $ 1800000

Lugar de nacimiento: UYIBE meta | (*) Fecha de nacimiento: 06 10 1992 | (*) Estado civil: Soltero

Dirección domicilio: Granada meta | Barrio: Paraiso Bajo | Teléfono: 3102273919

Cédula de ciudadanía N°: 1121897320 | (*) Libreta militar N°: 1121897320 | Distrito N° | Primera clase | Segunda clase

Expedida en: en obra de construccion

Licencia de conducción | ¿Vivienda propia? Si [ ] No [X] | Nombre del arrendador: DEYSY LOTERO | Teléfono: 3138778582 | Valor del arriendo: 450000

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

FOTOGRAFÍA RECIENTE

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria		ayavca	5 grado	11/11/205
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
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

Nombre de la última o actual empresa: Calcol | Dirección: UYIBE meta | Teléfono(s): 3107682741

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

Funciones realizadas: obras viales

Fecha de ingreso: 15/2/2025 | Fecha de retiro: 10/12/2025 | 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

1094237

10733455

HOJA DE VIDA

DIOMEDES PERILLA DIAZ
C.C. No. 1.007.584.885 San Jose del Guaviare

INFORMACION PERSONAL

CC.: 1.007.584.885 San Jose del Guaviare
Teléfono: 3112760398
Dirección: Vereda El Caracol
Ciudad: San José del Guaviare
Correo: diomedezperilladiaz@gmail.com

FORMACION ACADEMICA

PRIMARIA

Institución:	Mixta el caracol sede triunfo II
Ciudad:	San José del Guaviare
Ultimo Grado:	Quinto

PERFIL LABORAL

Soy una persona amable, paciente y comunicativo. Tengo muy buenas relaciones interpersonales, aprendo rápidamente, doy gran importancia a la innovación y el detalle, busco vincularme en al campo laboral.

107376

DIOMEDES PERILLA DIAZ
C.C. No. 1.007.584.885 San Jose del Guaviare

HOIA DE VIDA

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre: Lina Perilla
Pariente: Hermana
Teléfono: 3012275416

Nombre: Ángel Alberto Perilla
Pariente: Hermano
Teléfono: 3122272164

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre: Jeison Ávila
Ocupación: Concejal
Teléfono: 3213825435

Nombre: Emiliano montes
Ocupación: Maestro de obra
Teléfono: 3044741407

DIOMEDES PERILLA DIAZ
C.C. No. 1.007.584.885 San Jose del Guaviare

REFERENCIAS LABORALES

Nombre: Fredy Vargas
Ocupación: Ingeniero Civil
Teléfono: 3212071185

Nombre: Álvaro Rincón
Ocupación: Ingeniero Civil
Teléfono: 3112392113

Diomedes Perilla

DIOMEDES PERILLA DIAZ
C.C. No. 1.007.584.885 San José del Guaviare

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	1007584885
NOMBRES	DIOMEDES
APELLIDOS	PERILLA DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	GUAVIARE
MUNICIPIO	SAN JOSE DEL GUAVIARE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/13/2026 14:57:34	**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

10 4379

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 Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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

10 2380

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 (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 09 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliacion ✓ | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: Concretos y encofrados cardozo San Jomar | NIT | CC | CE | No: 901862981

Dirección Principal Empleador: VRD CARACOL FCA PIPIRAL | Celular: 3005610529

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: PERILLA | Segundo Apellido: DIAZ | Nombres: DIOMEDES | CC | TI | CE | PEP | PPT | No: 1.007.584.885

Fecha de Nacimiento: 14 08 1990 | Fecha de Expedición Documento: 26 05 2009 | Sexo: M X | F | NB | Celular:

Cargo: OFICIAL DE OBRA | Salario Básico Mensual: 1'750.905 | Fijo X | Variable | Tipo de Contrato: F | I

Fecha de Ingreso: 09 01 2026 | Correo Electrónico:

Dirección Residencia: VEREDA VERSALLES | Barrio/Vereda: VEREDA VERSALLES | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural X | Urbano | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: VEREDA VERSALLES | Barrio/Vereda: VEREDA VERSALLES | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural X | Urbano | País: COLOMBIA

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro

SEÑALE CON UNA X

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica	Secundaria X	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 X	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 X

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, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS 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 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 desafiliación 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 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, 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 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 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 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

DIOMEDES P
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

10738

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.584.885

PERILLA DIAZ
APELLIDOS

DIOMEDES
NOMBRES



DIOMEDES PERILLA DIAZ
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1990
SAN JOSE DEL GUAVIARE
(GUAVIARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.86	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-MAY-2009 SAN JOSE DEL GUAVIARE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5400100-00672351-M-1007584885-20150224 0043270485A 1 41816811

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

10238 2

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

diomedes perilla diaz identificado con **cc 1007584885** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO SAS ZOMAC
Tipo y Número de Documento	nit 901862981
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/09
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	5431201
Clase de Riesgo	5
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/9.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

porvenir
sólo hay uno

107383

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:

DIOMEDES PERILLA DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.584.885,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 8 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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d0808ae9-d813-48c5-bd79-42699d947819

Nombres y apellidos / Full name

DIOMEDES PERILLA DIAZ

Tipo de Identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de Identificación / ID Number

1 0 0 7 5 8 4 8 8 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

14/08/1990

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3112760398

Correo electrónico / e-mail

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	Única	26	10	2017		M55781V	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	JENNY PAOLA MAHECHA MORENO
TD Adulto	Primera	26	10	2017		D2299	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	JENNY PAOLA MAHECHA MORENO
Fiebre Amarilla	Única	13	2	2021		R3G891V	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA
TD Adulto	Segunda	13	2	2021		2338X004AE	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA
COVID JANSSEN	Única	18	8	2021	Janssen	212A21A	CENTRO DE ATENCION URIBE	YOLANDA LEON CERVERA

El Mnisterio 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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 2394868c-68ba-4799-8bd0-1b7253fbeee9

Nombres y apellidos / Full name

DAVIAN RAUL CARDOZO DOMINGUEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 6 7 0 1 6 8 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

12/02/2003

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3224794624

Correo electrónico / e-mail

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	Única	26	10	2017		M55781V	LA URIBE CENTRO DE ATENCION	JENNY PAOLA MAHECHA MORENO
COVID MODERNA	Primera	27	8	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	059D21A	CENTRO DE ATENCION URIBE	YOLANDA LEON CERVERA
COVID MODERNA	Segunda	13	10	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	939919	CENTRO DE ATENCION URIBE	YOLANDA LEON CERVERA

El Mnisterio 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 Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión 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.

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
URIBE, META	D 12 M 01 A 2026	Ayudante de Obra.	

I. DATOS PERSONALES

(*) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2151 de 1995. (*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
CARDOZO	DOMINGUEZ	DAVID RAUL

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
OBRERO	3 AÑOS	$ 1'750'905

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
SAN JOSE DEL GUAVIARE	D 16 M 07 A 2000	SOLTERO

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
VEREDA LA CRISTALINA		317 7713735

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°
1'006.701 688	
Expedida en: ACACIAS META	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 ☐			

¿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	Ciudad	Último grado cursado	Fecha	
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 más espacio 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)*		

7 702124 007790 >

10-7386