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: | 559 |
| DESCRIPCIÓN CARPETA: | **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA**<br>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"<br>**CONTRATO N° 779 22 PY 031-22 INF N°34 PARC N°12 C17-32 C559** |

| ITEM | DESCRIPCIÓN TIPO DOCUMENTAL | FOLIOS |
|---|---|---|
| 30. | Informe componente seguridad y salud en el trabajo | 107587-107786 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha de Elaboración: | | Nombre del Archivo en el SIGA | 779 22 PY 031-22 INF N°34 PARC N°12 C17-32 C559 |

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



Calle 15 No. 40 -01 Lobby 1 - Piso 8
CC Primavera Urbana-Villavicencio
contactenos@aim-meta.gov.co
https://aim-meta.gov.co

(0754

## REFERENCIAS FAMILIARES

LUIS ANTONIO GOMEZ
PROFESIÓN: MAESTRO DE OBRA
CELULAR: 313 402 8198
CIUDAD: SAN JOSE DEL GUAVIARE

MELANIA GOMEZ
PROFESIÓN: AMA DE CASA
CELULAR: 321 376 0417
CIUDAD: GARZON HUILA

## REFERENCIAS PERSONALES

VICTOR QUINTERO
PROFESIÓN: ISNPECTOR DE OBRA
CELULAR: 315 3832531

HEIDER VELISARIO BASTIDAS
PROFESIÓN: OFICIAL DE COSNTRUCCION
CELULAR: 310 6426104

HENRY GOMEZ VILLADA
CC: 12 266 224 DE PITALITO
CEL: 310 799 7383

888-701

(07589)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.266.224

GOMEZ VILLADA

APELLIDOS

HENRY

NOMBRES

Henry gomez villada

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1980

SAN VICENTE DEL CAGUAN
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-MAR-1999 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1906100-00193070-M-0012266224-20091101 0017642096A 1 7130106240

10590

102591

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:

**HENRY DARIO GOMEZ MORENO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.265.944**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 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.

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampion - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | 01/8/25 | 2460660 | Veronica D.R |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 01/8/25 | 2334AD006A | Veronica D.R |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Tdap acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| Covid 19 | 1ª | 03/8/21 | 212A21A | Yolanda leon |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

107592

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: Henry Dario

Apellidos: Gomez Moreno

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

Número de documento: 1004265944

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 11 Año 2000

Cofrem

**FORMATO**
**"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"**

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

**2026/01/13** **3:37 pm** **Radicado:** 3705944

**Recibe:** CLAUDIA PATRICIA RIAÑO RUIZ
**Clasificación:** REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 94

**Información Empresa:**

**Nit:** 901709155 **Telefono:**0

**Razón Sócial:** TRITURADOS SAN JOSÉ SAS

**Tipo Aportante:** 1 EMPLEADOR APORTE 4%

**Información Solicitante:**

**Documento:** 1004265944 **Telefono:** 0
**Nombre:** GOMEZ MORENO HENRY DARIO

**Dependencia:**
DIVISION DE SUBSIDIOS

## Documentos Presentados:

- **[illegible]a cédula de ciudadania**

  1004265944 HENRY DARIO GOMEZ MORENO

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1004265944 HENRY DARIO GOMEZ MORENO

## Observaciones:

2F SOLTERO
POR CORREO tsj@clp.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.

| Cofrem | FORMATO<br>"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR" | Pagina 1 de 1 |
|---|---|---|
| | | Versión: 20 |
| | Dependencia Generadora:<br>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 | 08 01 2026 | Afiliación primera vez | | Adición personas a cargo | | Reafiliacion | X | Veteranos (Ley 1979/2019) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS — NIT X CC CE No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA — Celular: 3102690706

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

Primer Apellido: GOMEZ — Segundo Apellido: MORENO — Nombres: HENRY DARIO — TI X CE PEP PPT — No: 1.004.265.944

Fecha de Nacimiento: 08 11 2000 — Fecha de Expedición Documento: 14 11 2018 — Sexo: F X NB — Celular: 3155488240

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

Fecha de Ingreso: 06 01 2026 — Correo Electrónico: gomezmoreno@gmail.com

Dirección Residencia: CL 2 CS 9 — Barrio/Vereda: BOSQUES DEL DUDA — Ciudad/Municipio: URIBE — Rural — Urbano X — Pais: COLOMBIA

Resguardo: — Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA — Barrio/Vereda: LA JULIA — Ciudad/Municipio: URIBE — Rural X — Urbano — Pais: 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 | Basica Secundaria | Media | Basica Adultos | Secundaria Adulto | | Media Adultos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1ª Infancia | Tecnico Profesional | Tecnólogo | Profesional Universitario | Posgrado/Maestria | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible X |

**PERTENENCIA ETNICA**

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

**FACTOR VULNERABLE**

| En Condicion Discapacidad | Desplazado | Damnificado Desastre Natural | Desmovilizado o Reinsertado | Poblacion Zonas Fronteras | No disponible X |
|---|---|---|---|---|---|
| Vic. Conflicto Armado no Desplazado | Ejercicio Trabajo Sexual | Hijo(a) Familia de Madre Cabeza | Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado | Poblacion 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 — Direccion — Barrio — Ciudad

Correo Electronico: — 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 Expedicion | 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, sera la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios debera aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación.

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

Baja la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mi 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 _____, 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 publico 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 campos relacionados con los mismos y demas 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 _____. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Versión Supersubsidio

Henry D. Gómez

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 de la 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

1025951

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/01/2026, el empleador TRITURADOS SAN JOSE SAS identificado con NIT número 901709155 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 9824247 | 21/01/2026 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1004265944 | HENRYDARIO GOMEZ MORENO | 1800000 | MAESTRO DE OBRA | 2026-01-06 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

CER_AFI_2026006338233

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Henry Dario Gomez Moreno identificado con CC. 1004265944 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón Social** | TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901709155 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2026/01/06 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 5 | **Código Actividad Económica** | 5081105 |

Esta certificación se expide a los 5 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC05012026N1004265944A226151.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

# HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

| Ciudad | Fecha | Empleo o cargo solicitado | Código cargo |
|---|---|---|---|
| Uribe Meta | D 04 M AGT A 2025 | Ayudante de obra. | |

## I. DATOS PERSONALES

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



| Primer apellido | Segundo apellido | Nombres |
|---|---|---|
| Gomez | Rubiano. | Henry David. |

| Profesión, ocupación u oficio | Años de experiencia laboral | ¿Cuánto es su aspiración salarial? |
|---|---|---|
| Ayudante de obra. | 10 | $ SMLV. |

| Lugar de nacimiento | (*) Fecha de nacimiento | (*) Estado civil |
|---|---|---|
| Palestina - Huila | D 08 M NOV A 2000 | Union - libre. |

| Dirección domicilio | Barrio | Teléfono |
|---|---|---|
| | Bosques del duda | 315 5288246 |

| Cédula de ciudadanía: N° | (**) Libreta militar N° | Distrito N° | Primera clase: | Segunda clase: |
|---|---|---|---|---|
| 1004265944. Expedida en: Pitalito Huila. | 1004265944 | 011. | X | |

| Licencia de conducción | ¿Vivienda propia? | Nombre del arrendador | Teléfono | Valor del arriendo |
|---|---|---|---|---|
| 1004265944 - 12-C1. | Si ☐ No X | | | |

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

## II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Primaria** | Establecimiento | Ciudad | Último grado cursado | Fecha | |
| **Bachillerato** | Establecimiento: Centro cultural. | Ciudad: Bogotá | Último grado cursado: ONCE. | Fecha: 2019-11 | |
| **Educación Superior** | Establecimiento | Ciudad | Años cursados | Fecha | |
| | Título obtenido y/o especialidad | | Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐ | | |

¿Qué estudios realiza actualmente? Horario:

## III. EXPERIENCIA LABORAL

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

| Nombre de la última o actual empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| MEYAN S.A. | Uribe Meta | 311 5227363 |

| Nombre de su jefe inmediato | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |
|---|---|
| FERNANDO CARREÑO | Ayudante de Trituradora |

Funciones realizadas: Ayuda en los Funciones de la maquina TRITURADORA

| Fecha de ingreso | Fecha de retiro | Sueldo inicial | Sueldo final o actual |
|---|---|---|---|
| 04-ABR-2025 | 02-AGT-2025. | $ SMLV | $ SMLV |

Motivo del retiro: FINALIZACIÓN DE CONTRATO.

**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, por cualquier medio conocido o por conocer sin autorización escrita de Legis. Ley 1915 de 2018 sobre protección de datos personales y derechos de autor.



1075994

## 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. INFORMACION FAMILIAR

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre esposa(o) o compañera(o): Suriedy Romero | Profesión, ocupación u oficio: Ama de casa | Empresa donde trabaja: | |
| Cargo actual: | Dirección: B Bosques del duda | Teléfono: 3148088921 | Ciudad: Urabe recta |
| Nº de personas que dependen económicamente del solicitante: 1 | Parentesco: Conyobie | Edades: 20. | |
| Nombre(s) padre(s): IIDA MORENO. | Profesión, ocupación u oficio: Ama de casa | | |
| Henry Gomez | Contratista | | |

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

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1.- | Nelson Cano. | Ayudante de obra | Urabe recta | 322 7759851 |
| 2.- | BRIDMAN GONZALEZ | Supervisor | B. Jardin | 313 2239281. |

## 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 mi, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

**Firma del solicitante**

Hugo Moreno

C.C. 1004265444

## 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

1075579.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.004.265.944

GOMEZ MORENO

HENRY DARIO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-2000

PALESTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-NOV-2018 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1906100-01187441-M-1004265944-20201210 0072780260A 1 9913933371

# HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

| Ciudad | Fecha | Empleo o cargo solicitado | Código cargo |
|---|---|---|---|
| Uribe - Meta | D 03 M 08 A 2024 | | |

## I. DATOS PERSONALES

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

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombres |
|---|---|---|
| Rodriguez | Quicero | Gustavo |

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

| Lugar de nacimiento | (*) Fecha de nacimiento | (*) Estado civil |
|---|---|---|
| Mesetas - Meta | D 13 M 12 A 1999 | Soltero |

| Dirección domicilio | Barrio | Teléfono |
|---|---|---|
| Calle 6 - Lote 1 | Industrial | |

| Cédula de ciudadanía: N° 1.006.659.295 | (**) Libreta militar N° |
|---|---|
| Expedida en: Mesetas - 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 ☒ | Alba Rosa Cano | 3125705219 | $310.000 |

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

## II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| | Establecimiento | Ciudad | Último grado cursado | Fecha |
|---|---|---|---|---|
| Primaria | Institución Educativa Jardín de Peña | Mesetas - Meta | 5° | 19-11-2010 |
| Bachillerato | | | | |
| 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 es mi mejor referencia laboral)

| Nombre de la última o actual empresa | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|
| El Mariscal. | Vereda Oriente. | 3115313356 |

| Nombre de su jefe inmediato | Cargo(s) desempeñado(s) por usted |
|---|---|
| Alfonso Forero | Oficios Varios |

Funciones realizadas: Tareas agropecuarias (cogido Aguacate, Abono Aguacate, ect)

| Fecha de ingreso | Fecha de retiro | Sueldo inicial | Sueldo final o actual |
|---|---|---|---|
| 12-10-2024 | 02-08-2025 | $ Mínimo | $ Mínimo |

Motivo del retiro: Terminación de contrato.

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 >

minerva 10-00 Diseñada y actualizada según la ley © por ...

REV: 02-2025/MAY/04-2025

© Legis - Prohibida toda reproducción total o parcial, por cualquier medio conocido o por conocer, sin perjuicio de las excepciones legales y parágrafos establecidos en la Ley 23 de 1982.

## 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 |
|---|---|---|
| 1. | Hija | 3 años |

| Nombre(s) padre(s) | Profesión, ocupación u oficio |
|---|---|
| Gustavo Rodriguez Caro | Agricultor. |
| Diana Quicano | Ama de casa. |

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

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1.- | Whilson Aguine cano | Agricultor | Unbe-Meta | 3144341977 |
| 2.- | Luis Bejarano | Comerciante. | Caneo 9-calle 5 - 72 Centro | 3134802655 |

## 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** | **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) Regimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis) | Gustavo Rodriguez C.C. 1.006.659.295. |

## 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

101 601

10602.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.006.659.295**

**RODRIGUEZ QUICENO**

APELLIDOS

**GUSTAVO**

NOMBRES

Gustavo RQ

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-DIC-1999**

**MESETAS**
**(META)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.63** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**05-SEP-2019 MESETAS**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-5204400-01108495-M-1006659295-20191107 **0068**782524A 1 51813870

10760209

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:

**GUSTAVO RODRIGUEZ QUICENO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.659.295**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 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.

107604

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: Gustavo

Apellidos: Rodriguez Quinceno

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

Número de documento: 1006659295

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 12 Año 1999

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | 04/8/23 | 2460660 | Veronica D.R |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 04/8/23 | 2334K006A | Veronica D.R |
| | 2 | 04 | Septiembre | 2023. |
| | 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 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Cofrem

**FORMATO**
**"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"**

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

**2026/01/13** **3:39 pm** **Radicado:** 3705948

**Recibe:** CLAUDIA PATRICIA RIAÑO RUIZ
**Clasificación:** REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 94

**Información Empresa:**

**Nit:** 901709155 **Telefono:**0
**Razón Sócial:** TRITURADOS SAN JOSÉ SAS
**Tipo Aportante:** 1 EMPLEADOR APORTE 4%

**Información Solicitante:**

**Documento:** 1006659295 **Telefono:** 0
**Nombre:** RODRIGUEZ QUICENO GUSTAVO

**Dependencia:**
DIVISION DE SUBSIDIOS

## Documentos Presentados:

- [redacted]**a cédula de ciudadania**

  1006659295 GUSTAVO RODRIGUEZ QUICENO

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1006659295 GUSTAVO RODRIGUEZ QUICENO

## Observaciones:

2F SOLTERO
POR CORREO tsj@clp.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.

[redacted]

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



1026595

| Cofrem | FORMATO<br>"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR" | Pagina 1 de 1<br>Versión: 20 |
|---|---|---|
| | Dependencia Generadora:<br>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: 08 01 2026 | Afiliación primera vez: | Adición personas a cargo: | Reafiliacion: X | Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT: X | CC: | CE: | No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Celular: 3102690706

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

Primer Apellido: RODRIGUEZ | Segundo Apellido: QUICENO | Nombres: GUSTAVO | TI: X | CE: | PEP: | PPT: | No: 1.006.659.295

Fecha de Nacimiento: 13 12 1999 | Fecha de Expedicion Documento: 05 09 2019 | Sexo: X F | NB | Celular: 3114520294

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

Fecha de Ingreso: 06 01 2026 | Correo Electrónico: gustavorodriguez2@gmail.com

Dirección Residencia: CL 6 LOTE 1 | Barrio/Vereda: INDUSTRIAL | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural: | Urbano: X | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VIA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | 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 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/Maestria | Secundaria Normalista | Ninguno | Informacion No Disponible X |

**PERTENENCIA ETNICA**

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

**FACTOR VULNERABLE**

| En Condicion Discapacidad | Desplazado | Damnificado Desastre Natural | Desmovilizado o Reinsertado | Población Zonas Fronteras | No disponible X |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 Electronico: | 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 | Numero 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 conyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos: | Nombre: | Correo electrónico: | Celular: |
|---|---|---|---|

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mi 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 , 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 Compensacion 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 Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

Gustavo R.

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 de la 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:

107606

1076801

cajacopi

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRAMITE

A. AFILIACIÓN

A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o único afiliado)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Rodriguez | Quiceno | Gustavo | |
| Cedula | 1.006.659.295 | X | Soltero |

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Positiva | Porvenir | 1'750.905 |
| Calle 6 Lote 1 Uribe | x | 3114520294 Br Industrial | gustavorodriguez@gmail.com Meta |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y DATOS APORTANTES DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE GRUPO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Trituradas San José SAS | NIT | 901709155-6 | |
| Km 6+500 Via Uribe-La Julia | 3102690706 | TSJ@CLP.COM.CO | Uribe Meta |

ESE Centro de atención Uribe - Meta

II. REPORTE DE NOVEDADES

x

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rodriguez | Quiceno | Gustavo | | |
| Cedula | 1006659295 | | x | 13 12 1999 / 06 01 2026 |
| | | | | Porvenir |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

x

VIII. FIRMAS

Gustavo RQ

IX. ANEXOS

1

x

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

CER_AFI_2026006337796

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Gustavo Rodriguez Quiceno identificado con CC. 1006659295 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón Social** | TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901709155 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2026/01/06 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 5 | **Código Actividad Económica** | 5081105 |

Esta certificación se expide a los 5 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC05012026N1006659295A225979.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

107610

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:

**GIOVANNY ROJAS LONDOÑO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **17.225.302**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 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.

(0761) 1976

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Fiebre amarilla | Unica | 10-03-17 | N37681V | Viviana |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 1 | 15-01-16 | D2299 | Viviana |
| | 2 | 20-02-16 | D2299 | Viviana |
| | 3 | 30-08-16 | D2299 | Viviana |
| | 4 | 10-08-17 | 22150131694 | Viviana |
| | 5 | 01-09-18 | 22150153A | Viviana |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Anti rábica | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Influenza | Anual | 20-10-18 | B3E54IV | Viviana |
| Otras | Influenza | 10-01-23 | U5C220V3 | Viviana H. |

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.

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.*

MINSALUD — GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Giovanny

Apellidos: Rojas Londoño

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 17225302

Fecha de Nacimiento: Día 20 Mes 04 Año 1982

Cofrem

**FORMATO**
**"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"**

(07612

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

**2026/01/13** **4:13 pm** **Radicado:** 3706006

**Recibe:** CLAUDIA PATRICIA RIAÑO RUIZ
**Clasificación:** REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 94

**Información Empresa:**

**Nit:** 901709155 **Telefono:**0

**Razón Sócial:** TRITURADOS SAN JOSÉ SAS

**Tipo Aportante:** 1 EMPLEADOR APORTE 4%

**Información Solicitante:**

**Documento:** 17225302 **Telefono:** 0
**Nombre:** ROJAS LONDOÑO GIOVANNY

**Dependencia:**
DIVISION DE SUBSIDIOS

## Documentos Presentados:

- **[redacted]a cédula de ciudadania**

  17225302 GIOVANNY ROJAS LONDOÑO

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  17225302 GIOVANNY ROJAS LONDOÑO

## Observaciones:

2F POR CORREO tsj@clp.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.

[redacted]

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

(07613)

| 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: 08 01 2026 | Afiliacion primera vez: | Adición personas a cargo: | Reafiliacion: X | Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT: X | CC: | CE: | No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Celular: 3102690706

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

Primer Apellido: ROJAS | Segundo Apellido: LONDOÑO | Nombres: GIOVANNY | CC: X | TI: | CE: | PEP: | PPT: | No: 17.225.302

Fecha de Nacimiento: 20 04 1982 | Fecha de Expedición Documento: 12 03 2001 | Sexo: M: X | F: | NB: | Celular: 3118401878

Cargo: OPERADOR DE MIXER | Salario Básico Mensual: 2´400.000 | Fijo: X | Variable: | Tipo de Contrato: X | I

Fecha de Ingreso: 06 01 2026 | Correo Electrónico: guiovannyrojaslon@hotmail.com

Dirección Residencia: CRA 8 #6-18 | Barrio/Vereda: ESPERANZA | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural: | Urbano: X | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VIA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | 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: 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/Maestria | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible: X |

**PERTENENCIA ETNICA**

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

**FACTOR VULNERABLE**

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

Baja 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 , 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 . Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

Giovanny Rojas

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 de la 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 terminos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla:*

Famisanar

9012608620
9012608620

30193214

26 01 2026

X X X X X

ROJAS LONDOÑO GIOVANNY

CC 17225302 X

20 04 1982

X

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

$2.104.000

1076155

TRITURADOS SAN JOSE SAS NT 901709155

KM 6 VIA URIBE 31026907 LA URIBE META

X

X

06 01 2026

CARGO: OPERADOR DE ASFALTADORA

Cambio Empleo

107616

CER_AFI_2026006330672

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Giovanny Rojas Londoño identificado con CC. 17225302 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón Social** | TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901709155 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2026/01/06 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 5 | **Código Actividad Económica** | 5081105 |

Esta certificación se expide a los 5 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC05012026N17225302A222440.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

10401

HOJA DE VIDA



## Perfil Personal

Me caracterizo por ser una persona positiva, con altos valores como discreción, responsabilidad, puntualidad, tolerancia, integridad y amabilidad.

Siempre mantengo una aptitud ágil, interesada y abierta a nuevos conocimientos, con deseos de superación en todo campo, tanto profesional como personal, y con una proyección objetiva hacia el futuro.

## Información Personal

| | |
|---|---|
| **NOMBRE** | Giovanny Rojas Londoño |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 17.225.302 de Uribe - Meta |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | 20 de Abril de 1982 |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** | San Martin - Meta |
| **ESTADO CIVIL** | Unión libre |
| **DIRECCIÓN** | Cra. 8 No 6-18 Esperanza |
| **MUNICIPIO** | Uribe -Meta |
| **TELÉFONO** | 311 840 1878 |
| **CORREO** | guiovannyrojaslon@hotmail.com |

HOJA DE VIDA

## Formación Académica

| | |
|---|---|
| **SECUNDARIA** | Institución Educativa Agropecuaria RAFAEL URIBE URIBE<br>Meta - 1999 |

## Experiencia Laboral

| | |
|---|---|
| **Empresa** | OMAIRA MENDEZ HENAO |
| **Cargo** | conductor |
| **Tiempo Laborado** | 9 meses |
| **Jefe Inmediato** | Omaira Méndez Henao |
| **Teléfono** | 3706897 |

| | |
|---|---|
| **Empresa** | Trasportes Gayco S.A.S. |
| **Cargo** | conductor |
| **Tiempo Laborado** | 23 meses |
| **Jefe Inmediato** | Javier Guzmán |
| **Teléfono** | 318 506 0988 |

## Referencias Personales

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Antonio Monroy |
| **Ocupación** | Conductor |
| **Teléfono** | 311 277 0643 |

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Wilmar Castro Guzmán |
| **Ocupación** | Conductor |
| **Teléfono** | 320 445 3515 |

107619.

HOJA DE VIDA

## Referencias Familiares

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Ronal Rojas |
| **Ocupación** | Conductor |
| **Teléfono** | 315 527 0877 |

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Hugo Rojas Cortes |
| **Ocupación** | Conductor |
| **Teléfono** | 310 872 4772 |

**GIOVANNY ROJAS LONDOÑO**
**C.C 17.225.302 DE URIBE - META**

107620

HOJA DE VIDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
17.225.302
NUMERO

ROJAS LONDOÑO
APELLIDOS

GIOVANNY
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1982
SAN MARTIN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-MAR-2001 URIBE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR(A) NACIONAL

A-5200100-00141571-M-0017225302-20051005 01639 052784 02 191667556

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **POLOCHE RAMIREZ FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **1.121.845.650** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 29 de enero de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 07 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/**

Cofrem

**FORMATO**
**"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"**

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

**2026/01/13** **3:34 pm** **Radicado:** 3705941

**Recibe:** CLAUDIA PATRICIA RIAÑO RUIZ
**Clasificación:** REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 94

**Información Empresa:**

**Nit:** 901709155 **Telefono:**0
**Razón Sócial:** TRITURADOS SAN JOSÉ SAS
**Tipo Aportante:** 1 EMPLEADOR APORTE 4%

**Información Solicitante:**

**Documento:** 1121845650 **Telefono:** 0
**Nombre:** POLOCHE RAMIREZ FERNANDO

**Dependencia:**
DIVISION DE SUBSIDIOS

## Documentos Presentados:

- **[illegible]a cédula de ciudadania**

  1121845650 FERNANDO POLOCHE RAMIREZ

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1121845650 FERNANDO POLOCHE RAMIREZ

## Observaciones:

2F UNION LIBRE
POR CORREO tsj@clp.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 sercliente@cofrem.com.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

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

Vigilado Supersubsidio

107622

(027623

| Cofrem | FORMATO "AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR" | Pagina 1 de 1 |
|---|---|---|
| | | Versión: 20 |
| | Dependencia Generadora: **División de Subsidios** — Codigo: **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: 08 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliacion: X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT: X | CC | CE | No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Celular: 3102690706

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

Primer Apellido: POLOCHE | Segundo Apellido: RAMIREZ | Nombres: FERNANDO | X | TI | CE | PEP | PPT | No: 1.121.845.650

Fecha de Nacimiento: 23 04 1988 | Fecha de Expedición Documento: 20 10 2006 | Sexo: M: X | F | NB | Celular: 3144165562

Cargo: OPERADOR DE DOBLETROQUE | Salario Básico Mensual: 2´300.000 | Fijo: X | Variable | Tipo de Contrato: X | I

Fecha de Ingreso: 06 01 2026 | Correo Electrónico: fernando_us0423@hotmail.com

Dirección Residencia: CLL 1 CS 2 | Barrio/Vereda: BRISAS DEL DUDA | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | Urbano: X | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VIA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural: X | 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 | Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adulto | | Media Adultos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1ª Infancia | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional Universitario | Posgrado/Maestria | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible: X |

**PERTENENCIA ETNICA**

| Afrocolombiano | Indigena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible: X | 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: X |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 conyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos: | Nombre: | Correo electrónico: | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mi 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 [redacted], 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 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 [redacted]. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

Fernando Poloche

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 de la Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

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

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4016158573 | 2\|1\|0\|1\|2\|0\|2\|6 |

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| POLOCHE (Primer apellido) | RAMIREZ (Segundo apellido) | FERNANDO (Primer nombre) | (Segundo nombre) |

| 9.Tipo documento de identidad | 10.Numero del documento de identidad | 11.Sexo biologico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 1121645650 | Femenino Masculino X | F M X T NB Otro Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | Pais COLOMBIA | Departamento META | Municipio PUERTO GAITAN | | 2\|3\|0\|4\|1\|9\|8\|8 |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | Si | No X |
|---|---|---|---|---|
| 6 | | Categoria Discapacidad | | |

| 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | 21.Grupo poblacion especial |
|---|---|---|
| SI NO X | Nivel Grupo | |

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | PROTECCION | 2300000 | |

26.Residencia

| Diracción | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CA 24 LA HERMOSA | | 3144165562 | FERNANDO_US0423@HOTMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| META | LA URIBE | 170 | Urbana cabecera municipal / Rural dispersa / Urbana centro poblado X / Resto rural |

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificacion del conyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número documento identidad | 30. Sexo biologico | 31. Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cual |

| 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais | Departamento | Municipio | |

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

| | 35. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Numero de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | | 40.Sexo Identificación | | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | Pais | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio/Distrito | Zona | | | | Telefono Fijo y/o celular | 52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera municipal | Centro poblado | Rural dispersa | Resto rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | SOLUCION SALUD LA URIBE ESE DPTAL SO - SOLUCION SALUD LA URIBE ESE DPTAL SO | STURIBE - STURIBE |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

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

| 55. Nombre o razon social | 56. Tipo de identificación | 57. Numero de documento de identificacion | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| TRITURADOS SAN JOSE SAS | NIT | 901706156 | 01 |

59.Ubicación

| Dirección | Telefono fijo o celular | Correo electronico | Departamento | Municipio/distrito |
|---|---|---|---|---|
| KM 6 500 VIA URIBE LA JULIA | 6783938 | TSJ@CLP.COM.CO | META | LA URIBE |

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

10624

| No de Radicacion |
|---|
| 4016158573 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

- 1. Modificación datos basicos de identificacion
- 2. Correccion datos basicos de identificacion
- 3. Actualizacion documento de identidad
- 4. Actualizacion y/o correccion datos complementarios
- 5. Terminación de la inscripcion en la EPS
  Código:
- 6. Reporte de pago a través de un tercero. Codigo
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- X 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- 10. Terminacion de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- 11. Inscripción EPS retorno al país
- 12. Vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 13. Desvinculacion de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 14. Movilidad: A. Regimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
- 15. Traslado: A. Mismo régimen / B. Diferente régimen
- 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- 17. Reporte del tramite de protección al cesante
- 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- 19. Reporte de la calidad del pensionado
- 20. Ingreso a contribución solidaria
- 21. Retiro de contribución solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos basicos de la identificacion**

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

| Tipo documento de identidad | Numero documento de Identidad | 62. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 63. Sexo identificacion (F / M / T / NB / Otro / Cual) | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de Novedad (D/D/M/M/A/A/A/A) | 67. Motivo de traslado Código: | 68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
- 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. Declaración de no información del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
- 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013.
- 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto.
- 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, segun encuesta del Sisben vigente.

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hara cargo del pago de la Contribución Solidaria

**Apellidos y nombres**

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

| Tipo documento de Identidad | Numero documento de Identidad |
|---|---|
| | |

## IX. FIRMAS

Fernando Polache

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

## X. ANEXOS

82. Anexo Copia del documento de identidad: CN. RC. TI. CC. PA. CE. CD. SC. PT.
Cantidad: Total: 0

- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura publica,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- 85. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura publica,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaracion suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

| 92. Identificación de la Entidad Territorial Codigo del municipio | Codigo del Departamento | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|---|
| | | |

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

94. Apellidos y Nombres

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

| Tipo documento de identidad | Numero documento de identidad | 95. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

| 96. Fecha de Radicacion | 97. Fecha de Validación | |
|---|---|---|
| | | |

Observaciones:

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

107626

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

CER_AFI_2026006326860

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Fernando Poloche Ramirez identificado con CC. 1121845650 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón Social** | TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901709155 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2026/01/06 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 5 | **Código Actividad Económica** | 5081105 |

Esta certificación se expide a los 5 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC05012026N1121845650A220436.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

# HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

| Ciudad | Fecha | Empleo o cargo solicitado | Código cargo |
|---|---|---|---|
| Uribe. Meta. | 06 \| 01 \| 2023. | Conductor. | |

## I. DATOS PERSONALES

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombres |
|---|---|---|
| Palache. | Ramirez | fernando. |

| Profesión, ocupación u oficio | Años de experiencia laboral | ¿Cuánto es su aspiración salarial? |
|---|---|---|
| Conductor. | 8 | $ |

| Lugar de nacimiento | (*) Fecha de nacimiento | (*) Estado civil |
|---|---|---|
| Uribe Meta | 23 \| 04 \| 1988 | soltero. |

| Dirección domicilio | Barrio | Teléfono |
|---|---|---|
| Uribe Meta Barrio brisas de la loma | | 3144165562. |

| Cédula de ciudadanía N° | (**) Libreta militar N° |
|---|---|
| 1121845650. | Distrito N° Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐ |
| Expedida en: Villavicencio | |

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

| Licencia de conducción | ¿Vivienda propia? | Nombre del arrendador | Teléfono | Valor del arriendo |
|---|---|---|---|---|
| C2. | Si ☐ No ☒ | Janet Renza | | 150.000. |

| ¿Esta trabajando actualmente? | ¿En qué empresa? | | Tipo de contrato |
|---|---|---|---|
| Si ☐ No ☒ | | Empleado ☐ Independiente ☐ | |

## II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| | Establecimiento | Ciudad | Último grado cursado | Fecha |
|---|---|---|---|---|
| Primaria | Marco fidel Suarez | Villavicencio | 5° | 2003. |
| Bachillerato | Rafael Uribe U. | Uribe Meta | 10 | 2008. |
| Educación Superior | | | Años cursados | |

| Titulo obtenido y/o especialidad | Tipo de formación | | |
|---|---|---|---|
| | Técnica ☐ | Tecnológica ☐ | Profesional ☐ |

| ¿Que estudios realiza actualmente? | Horario: |
|---|---|
| | |

## III. EXPERIENCIA LABORAL

(Relacione detalladamente los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita más detalles utilice una hoja para soportes. Estas serán verificadas y su manejo será confidencial)

| Nombre de la ultima 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 sin autorización de tgn

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGRICULTURA | ☐ | Textiles y Confecciones | ☐ | Metalurgia | ☐ | COMERCIO | ☐ | SALUD | ☐ |
| GANADERIA / AVICULTURA | ☐ | Cuero y Calzado | ☐ | Maquinaria | ☐ | HOTELES Y RESTAURANTES | ☐ | EDUCACIÓN | ☐ |
| MINERIA | ☐ | Papel y Carton | ☐ | Automotores | ☐ | TRANSPORTE | ☐ | SEGUROS | ☐ |
| PETRÓLEO / GASOLINA | ☐ | Editorial y Artes Graficas | ☐ | Muebles | ☐ | BODEGAJE | ☐ | VIGILANCIA | ☐ |
| INDUSTRIA | ☐ | Quimico y Farmacéutico | ☐ | Reciclaje | ☐ | COMUNICACIONES | ☐ | OTRO _____ | ☐ |
| Alimentos y Bebidas | ☐ | Caucho y Plastico | ☐ | ELECTRICIDAD / GAS / AGUA | ☐ | FINCA 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** 3. | **Parentesco** Madre hijos. | **Edades** 57 - 11 - 01 mes | |
| **Nombre(s) padre(s)** Telmo Poloche. | **Profesión, ocupación u oficio** independiente. | | |
| Alba Ramirez | independiente. | | |

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

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1.- | Andres gutierrez | Conductor. | Uribe | 3205768445 |
| 2.- | Nombre Vladimir angarita | Ocupación independiente | Dirección Uribe | Teléfono 312.3583927 |

## VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Quien 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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis). | fernando P.<br>C.C. 1121 845650. |

## 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

Fiscalía

107 629

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.121.845.650
POLOCHE RAMIREZ

FERNANDO

Fernando Poloche





FECHA DE NACIMIENTO 23-ABR-1988
URIBE
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-OCT-2006 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A 5207400 00010407 M 1121845650 20171013 0058155237A 1 47332101

(07630)


REPUBLICA DE COLOMBIA

LICENCIA DE CONDUCCIÓN


CATEGORIAS AUTORIZADAS



# Certificación Bancaria

Bancolombia

Viernes, 4 de noviembre de 2022

**Señores:**
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **FERNANDO POLOCHE RAMIREZ** identificado(a) con cc. **1121845650** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorro | 099-001339-84 | 2019/07/23 | Activa |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

VIGILADO

107 632

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.121.845.650**
**POLOCHE RAMIREZ**
APELLIDOS
**FERNANDO**
NOMBRES

Fernando Poloche.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1988**
**URIBE**
**(META)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**20-OCT-2006 VILLAVICENCIO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5207400-00946907-M-1121845650-20171013 0058155237A 3 47932101

107633

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:

**ELKIN ANDRES TRIANA RODRIGUEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.141.128**, 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:**

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.

Cofrem

**FORMATO**
**"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"**

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

**2026/01/24** **8:09 am** **Radicado:** 3713921

**Recibe:** CLAUDIA PATRICIA RIAÑO RUIZ
**Clasificación:** REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 94

**Información Empresa:**

**Nit:** 901709155 **Telefono:**0

**Razón Sócial:** TRITURADOS SAN JOSÉ SAS

**Tipo Aportante:** 1 EMPLEADOR APORTE 4%

**Información Solicitante:**

**Documento:** 1123141128 **Telefono:** 0
**Nombre:** TRIANA BAQUERO ELKIN ANDRES

**Dependencia:**
DIVISION DE SUBSIDIOS

## Documentos Presentados:

- **Copia cédula de ciudadania**

  1123141128 ELKIN ANDRES TRIANA BAQUERO

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1123141128 ELKIN ANDRES TRIANA BAQUERO

## Observaciones:

2F CORREGIR SEGUNDO APELLIDO ES UN ERROR DE DIGITACION
POR CORREO tsj@clp.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

107684

| 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** |

107 635

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: 21 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliacion: X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT: X | CC | CE | No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Celular: 3102690706

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

Primer Apellido: TRIANA | Segundo Apellido: RODRIGUEZ | Nombres: ELKIN ANDRES | X | TI | CE | PEP | PPT | No: 1.123.141.128

Fecha de Nacimiento: 13 07 2005 | Fecha de Expedición Documento: 18 07 2023 | Sexo: M: X | F | NB | Celular: 310 8582877

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

Fecha de Ingreso: 19 01 2026 | Correo Electrónico: ELKINATRIANA@GMAIL COM

Dirección Residencia: CL 1 CS 4 | Barrio/Vereda: CENTRO | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | Urbano: X | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VIA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural: X | 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 | Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adulto | | Media Adultos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1ª Infancia | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional Universitario | Posgrado/Maestria | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible: X |

**PERTENENCIA ETNICA**

| Afrocolombiano | Indigena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible: X | 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: X |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 Electronico: | 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 beneficianos debera aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación

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

Baja la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mi 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 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 demas 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 [redacted]. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

Elkin Andres

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 de la Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

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

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-

Número de Radicación | Fecha de Radicación (D 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: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedad [X] | 2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ] | 3. Régimen A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ] | 4. Contribución solidaria Si [ ] No [X] |
|---|---|---|---|
| 5. Tipo de afiliado A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ] | 6. Tipo de cotizante A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] | 7. Código (a registrar por la EPS) [ ] | |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8. Apellidos y nombres completos | | | |
|---|---|---|---|
| TRIANA | RODRIGUEZ | ELKIN | ANDRES |

| 9. Tipo documento de identidad | 10. Número de documento de identidad | 11. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [X] | 12. Sexo de identificación F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cual? |
|---|---|---|---|
| CEDULA | 1123141128 | | |

| 13. Nacionalidad | 14. Lugar de nacimiento País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| COLOMBIANO | COLOMBIA | META | URIBE | 13 07 2005 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

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

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

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingresos base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| POSITIVA | PORVENIR | 1'750.905 | N/A |

| 26. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CL 1 CS 7 | | 310 8582877 | ELKINATRIANA@GMAILC.OM | |
| META | URIBE | BR CENTRO | Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [X] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ] | |

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

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

| 27. 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 [ ] Cual? |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 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 | | | |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |

| | 36. Tipo de doc de identidad | 37. Número de doc. de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico Femenino | Masculino | 40. Sexo identificación F | M | T | NB | OTRO | Cual? | 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 | Categoria de discapacidad | 50. Incapacidad permanente SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |

| | 51. Datos de residencia | | Cabecera Municipal | Centro Poblado | Rural Disperso | Resto Rural | | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |

Selección de la IPS primaria

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | 54. Código de la IPS |
|---|---|---|
| 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 |
|---|---|---|---|
| TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT | 901.709.155-6 | |

| 59. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| KM 6+500 VIA URIBE LA JULIA | 3102690706 | TSJ@CLP.COM.CO | META | URIBE |

VIGILADO Supersalud

10A636

capitalsalud
EPS-



1076374

## B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

### VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |
|---|---|---|---|
| TRIANA | RODRIGUEZ | ELKIN | ANDRES |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 62. Sexo biológico | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1123141128 | Femenino [ ] Masculino [X] | F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál? | 13 07 2005 |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado Código | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | 19 01 2026 | | PORVENIR |

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

### VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Apellidos y nombres

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad |
|---|---|
| | |

### IX. FIRMAS

| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |
|---|---|
| Elkin Andres | |

### X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

| | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | PT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad de documentos de identidad anexos: | | | | X | | | | | |

Total Anexos: 1

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento | 93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres

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

| 96. fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|
| | |

Observaciones:

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

VIGILADO Supersalud

107-634

CER_AFI_2026009420749

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Elkin Andres Triana Rodriguez identificado con CC. 1123141128 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón Social** | TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901709155 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2026/01/19 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 5 | **Código Actividad Económica** | 5081105 |

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC16012026N1123141128A1333127.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

minerva
10-03

ORIGINAL

# HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

10769

## I. INFORMACIÓN GENERAL

Trans Rodriguez Elkin Andres

13 07 2005 Uribe - Meta

Barrio Jardin Uribe

3108582877

Colombiano

Soltero

FOTOGRAFÍA RECIENTE

DOCUMENTACIÓN

x 1123741128

Uribe - Meta

## II. PERFIL LABORAL

## III. INFORMACIÓN PERSONAL

minerva

Rev. 02-2024/08/02-2024

167640

## IV. INFORMACION FAMILIAR

## V. EDUCACION Y APTITUDES

| ESTUDIOS | AÑOS CURSADOS | NO. GRADO | TITULO OBTENIDO | NOMBRE DE LA INSTITUCION | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria | 2016 | G | | | |
| Bachillerato | 2022 | G | | I. E. Rafael Uribe Uribe. | Uribe. |
| Educación Superior | | | | | |
| Postgrados | | | | | |

Otros cursos, diplomados, seminarios.

Otros cursos, diplomados, seminarios.

¿Cuenta actualmente con vehículo propio? Si [ ] No [X]

OTROS CONOCIMIENTOS: Manejo de equipos de oficina: B-Regular (1) B-Bueno (2) MB-Muy Bueno (3)

Maquinas: Si [ ] No [X]

Idiomas: Si [ ] No [X]

## VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

minerva

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | $ | $ |

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros conseguidos

Tipo de contrato: Indefinido | Fijo | Duración del contrato | Cantidad de trabajadores a su cargo | Otro | ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo | Medio Tiempo | Por horas | Semanal | Diario | Nocturno | Otro horario

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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | $ | $ |

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros conseguidos

Tipo de contrato: Indefinido | Fijo | Duración del contrato | Cantidad de trabajadores a su cargo | Otro | ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo | Medio Tiempo | Por horas | Semanal | Diario | Nocturno | Otro horario

Motivo del retiro

## VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos personas no parientes distintas a familiares o compañeros

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

Nombre de un familiar que no labore con usted en caso de no ubicarlo a usted o a referencias

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

Autorizo a [illegible] Hoja de Vida en caso necesario. X

**Nota importante**

**Certificación**

**Firma del solicitante**

Elkin Tascon.

minerva

## VIII. NOTAS ADICIONALES

10743







ICCOL026892243652074<<<<<<<<<<
0507130M3307216COL1123141128<0
TRIANA<RODRIGUEZ<<ELKIN<ANDRES

10764

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:

**DIEGO ALEJANDRO LOPEZ PICO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.940.563**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 7 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.

Cofrem

**FORMATO**
**"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"**

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

**2026/01/19** **8:18 am** **Radicado:** 3709303

**Recibe:** CLAUDIA PATRICIA RIAÑO RUIZ
**Clasificación:** REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 94

**Información Empresa:**

**Nit:** 901709155 **Telefono:**0
**Razón Sócial:** TRITURADOS SAN JOSÉ SAS
**Tipo Aportante:** 1 EMPLEADOR APORTE 4%

**Información Solicitante:**

**Documento:** 1022940563 **Telefono:** 0
**Nombre:** LOPEZ PICO DIEGO ALEJANDRO

**Dependencia:**
DIVISION DE SUBSIDIOS

## Documentos Presentados:

- **[redacted]a cédula de ciudadania**

  1022940563 DIEGO ALEJANDRO LOPEZ PICO

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1022940563 DIEGO ALEJANDRO LOPEZ PICO

## Observaciones:

2F REACTIVACION
POR CORREO tsj@clp.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.

[redacted]

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



(0240)

| Cofrem | FORMATO<br>"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR" | Página 1 de 1<br>Versión: 20 |
|---|---|---|
| | Dependencia Generadora:<br>División de Subsidios — Código: PD-170-01-F01 | F. Vigencia:<br>2025-02-18 |

9/9/20 10:46:16

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: 15 01 2026 | Afiliación primera vez: X | Adición personas a cargo: | Reafiliacion: | Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT: X | CC | CE | No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Celular: 3102690706

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

Primer Apellido: LÓPEZ | Segundo Apellido: PICO | Nombres: DIEGO ALEJANDRO | X | TI | CE | PEP | PPT | No: 1.022.940.563

Fecha de Nacimiento: 11 11 1987 | Fecha de Expedición Documento: 17 02 2006 | Sexo: M | F | NB | Celular: 305 4682137

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

Fecha de Ingreso: 08 01 2026 | Correo Electrónico: picod2927@gmail.com

Dirección Residencia: CL 5 CS1 | Barrio/Vereda: CENTRO | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | X Urbano | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VIA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | X 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 | Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adulto | Media Adultos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1ª Infancia | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional Universitario | Posgrado/Maestría | Secundaria Normalista | Ninguno / Información No Disponible X |

**PERTENENCIA ETNICA**

| Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible X | 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 X |
|---|---|---|---|---|
| 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 Identificacion | 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:

Baja 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 , 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 . Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Versión Supersubsidio 2

DIEGO A LOPEZ

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 de la 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

Famisanar

9012608645

9012608645

30193248

26 01 2026

X X X X X

LOPEZ PICO DIEGO ALEJANDRO

CC 1022940563 X

11 11 1987

X

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

$1.750.905

102647

219401

TRITURADOS SAN JOSE SAS NT 901709155

KM 6 VIA URIBE 31026907 LA URIBE META

X

08 01 2026

CARGO: OBRERO DE CONSTRUCCION

Cambio Empleo

1076469

CER_AFI_2026006783171

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Diego Alejandro Lopez Pico identificado con CC. 1022940563 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón Social** | TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901709155 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2026/01/08 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 5 | **Código Actividad Económica** | 5081105 |

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC07012026N1022940563A328400.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**



# Diego Alejandro Lopez Pico

## CONTACTO


305 4682137

picod2927@gmail.com

casa 9 manzana 29 la reliquia


## REFERENCIAS

DARÍO ALBEIRO ÁVILA GONZÁLEZ

322 8526749

JENFER ADRIANA GARCÍA GONZÁLEZ

315 1438396

## PERFIL LABORAL

comprometido, proactivo y orientado a resultados, con una sólida ética de trabajo y capacidad de adaptación. Me destaco por aprender con rapidez, asumir responsabilidades con seriedad y cumplir con eficiencia y puntualidad las tareas asignadas. Enfocado en el logro de objetivos, mantengo un alto nivel de compromiso con las normas y valores institucionales, contribuyendo de manera positiva al entorno laboral.

## DATOS PERSONALES

Cedula de ciudadanía:
1.022.940.563 Bogotá

Lugar de nacimiento:
Bogotá

Estado civil:
Soltero

## FORMACIÓN ACADEMICA

Estudios secudarios:

Instituto CONSISTEMA
Bachiller
IBogota D.C 16 de julio del 2016

curso:

Institución CADEVIP LTDA
Rentrenamiento de vigilancia
IBogota D.C 18 de octubre del 2024



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.022.940.563

LOPEZ PICO

DIEGO ALEJANDRO

COL 1.72 M

11 NOV 1987 O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

17 FEB 2006 BOGOTA D.C.

20 DIC 2032

Firma



CC

0109519 89

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0109519898150 01<<<<<<<<<<<
8711119M3212208COL1022940563<9
LOPEZ<PICO<<DIEGO<ALEJANDRO<<<

107652

La república de Colombia

y en su nombre el:

COLEGIO
CENCOSISTEMAS

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital de Santafé de Bogotá
según resolución: 3685 del 19 de Noviembre de 1999
según decreto reglamentario 3011 de 1997.

Confiere a:

# López Pico Diego Alejandro

Identificado con CC No. 1022940563 de Bogotá

El título de:

# Bachiller Académico

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

Rector(a)

Secretario Académico (a)

Registrado en el Libro No. 7 Folio No. 8, Acta N° 102

No requiere registro, "según Decretos No 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995"

107 653

COLEGIO
# CENCOSISTEMAS

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital
según resolución: 3685 del 19 de Noviembre de 1999l

## *Acta de Grado*

En la ciudad de Bogotá, a los Dieciséis (16) días del mes de Julio del año 2016 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado los suscritos Rector (a) y Secretario (a) en la rectoría del **COLEGIO CENCOSISTEMAS** Institución aprobada hasta Nueva visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C. Para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académica según Resolución No. 3685 del Diecinueve (19) de Noviembre del año 1999 y según decreto reglamentario 3011 de 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 se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

*Bachiller Académico*

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

*López Pico Diego Alejandro*

*C.C. No. 1.022.940.563 de Bogotá*

Es fiel copia tomada del acta original general No. 102 del libro 7 fecha 16/07/2016 que comienza con el nombre de ACHURI CERÓN INGRID DAYANA y se cierra con el nombre de VELÁSQUEZ PIÑEROS YORLANDY firmado y sellado por el Rector(a) y Secretario (a) Académico (a).

Dada en Bogotá D.C. A los Dieciséis (16) Días del mes de Julio del año 2016.

Firmada y sellada

*SAFDY MILENA RODRIGUEZ QUECÁN*
**Rectora**
*C.C 35.528.410 de Facatativá*

*IVAN DARIO SILVA MORENO*
**Secretario**
*C.C 80.065.962 De Bogotá*

Formadores
Corporación

COOPERATIVA DE VIGILANCIA
COOSEGURIDAD C.T.A.

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
***FORMADORES CORPORACION***
**NIT: 900.261.022-6**

Acreditada y Autorizada, con Aval al Programa de Educación Solidaria,
Con énfasis en trabajo asociado por la
*UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ORGANIZACIONES SOLIDARIAS - UAEOS,*
mediante *RESOLUCIÓN No. 017 del 16 de Enero de 2020.*

# CERTIFICA

La participación de:

**LOPEZ PICO DIEGO ALEJANDRO**

Identificado (a) con la C.C. No.

***1022940563***

en la capacitación:

**CURSO BASICO DE ECONOMIA SOLIDARIA CON ENFASIS EN TRABAJO ASOCIADO.**

Intensidad Horaria de 20 horas
Modalidad en línea.
Villavicencio, 31 de Enero de 2025.

CARLOS JULIO GUTIERREZ ROA
Director Ejecutivo

107654

CADEVIP LTDA.

CENTRO DE APRENDIZAJE EN SEGURIDAD PRIVADA

RESOLUCION No. 20204440015297 DEL 23 ABRIL DE 2020

NIT. 830.043.443-5

N.C.I. 234382

No. de Registro Oficial N.R.O. ECSP1160- I 401382

# Certifica que:

LOPEZ PICO DIEGO ALEJANDRO

Identificado con C.C. 1.022.940.563

Realizó y aprobó el curso de:

REENTRENAMIENTO VIGILANCIA

Con una duración de 30 horas

Director General

Director Académico

Dado en BOGOTA a los 18 días de OCTUBRE de 2024

Cámara de Comercio de Bogotá

E-mail: cadevip2017@gmail.com • Cel: 321 472 8421 - 322 476 3528

SuperVigilancia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA

107695

10769

**CONFIAR SEGURIDAD LTDA.**

"SERVICIO OPORTUNO - SEGURIDAD PERMANENTE"
VIGILADO SuperVigilancia Res. 20191000068207
del 13 de Agosto de 2019

**EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO**
**CONFIAR SEGURIDAD LTDA.**
**NIT 800180892 - 6**

**CERTIFICA QUE:**

El señor **LOPEZ PICO DIEGO ALEJANDRO** identificado con la cédula de ciudadanía **C.C. 1.022.940.563** Laboró en nuestra Empresa, en el cargo de **VIGILANTE**, desde el 08 de diciembre de 2021 al 05 de enero de 2025.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los diez (10) días del mes de enero del año dos mil veinticinco (2025).

CONFIAR SEGURIDAD LTDA.
JEFE DE TALENTO HUMANO

**JOSE MIGUEL CULMA RIOBO**
**JEFE DE TALENTO HUMANO**

"De acuerdo con lo dispuesto en el Art. 57, Numeral 7 del CST, esta certificación se emite por una sola vez, con el propósito de cumplir con la obligación del empleador de expedir un certificado al momento de la expiración del contrato, razón por la cual usted debe conservar este original y entregar fotocopias del mismo cuando se lo requieran, puesto que los documentos que componen su hoja de vida pasarán al archivo inactivo".

10750

**INTERGLOBAL**
**SEGURIDAD Y VIGILANCIA LTDA**

*Protegiendo el presente, construimos futuro*

***CL-2021-000-138- NIT: 802006730-5***

## CERTIFICACION LABORAL

Que el señor **DIEGO ALEJANDRO LOPEZ PICO** identificado con la cédula de ciudadanía N°1.022.940.563, laboró en ésta empresa en el cargo de **VIGILANTE,** desde el 05 de ENERO de 2021 hasta el 30 de NOVIEMBRE de 2021, con un salario básico mensual de $908.526 y de acuerdo a su programación devenga un salario promedio de $1.400.782 incluyendo tiempo suplementario y dominicales, bajo la modalidad de contrato a término fijo.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C. al 01 día del mes de diciembre del año 2021.

Atentamente,

**OSCAR JAVIER SANABRIA DUARTE**

Gerente Nacional de Operaciones ISVL

***Nota: verificar autenticidad al número 5144250 Ext 400 – 314 506 5461***

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
# CERTIFICADO ORDINARIO
# No. 280385203

PIB
12:17:48
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de septiembre 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) DIEGO ALEJANDRO LOPEZ PICO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022940563:

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 Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes ١٢ de septiembre de ٢٠٢٥, a las ١٢:١٧:٥٨, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1022940563 |
| Código de Verificación | 1022940563250912121757 |

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 ٢١٥٠ de ١٩٩٥ y la Resolución ٢٢٠ del ٥ de octubre de ٢٠٠٤, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

169660

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 12:25:27 PM horas del 12/09/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1022940563**

Apellidos y Nombres: **LOPEZ PICO DIEGO ALEJANDRO**

**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
6159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijinatencionalciudadano@policia.gov.co

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

CEDULA DE CIUDADANIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.022.940.563



LOPEZ PICO

DIEGO ALEJANDRO

COL 1.72 M

11 NOV 1987 O+

BOGOTA D C (CUNDINAMARCA)

17 FEB 2006 BOGOTA D C

Firma

20 DIC 2032



Cofrem

**FORMATO**
**"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"**

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

**2026/01/19** **8:15 am** **Radicado:** 3709299

**Recibe:** CLAUDIA PATRICIA RIAÑO RUIZ
**Clasificación:** **Estado:** R **Asesor:** 94
INSCRIPCION PRIMERA VEZ (Soltero)

**Información Empresa:**

**Nit:** 901709155 **Telefono:**0
**Razón Sócial:** TRITURADOS SAN JOSÉ SAS
**Tipo Aportante:** 1 EMPLEADOR APORTE 4%

**Información Solicitante:**

**Documento:** 80878933 **Telefono:** 0
**Nombre:** AVILA GONZALEZ DARIO ALBERTO

**Dependencia:**
DIVISION DE SUBSIDIOS

## Documentos Presentados:

- **Cédula de ciudadania**

  80878933 DARIO ALBERTO AVILA GONZALEZ

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  80878933 DARIO ALBERTO AVILA GONZALEZ

## Observaciones:

2F SOLTERO
POR CORREO tsj@clp.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

3709299

10766 3

| Cofrem | FORMATO "AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR" | Pagina 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: 15 01 2026 | Afiliación primera vez: | Adición personas a cargo: X | Reafiliacion: | Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT: X | CC: | CE: | No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Celular: 3102690706

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

Primer Apellido: AVILA | Segundo Apellido: GONZALEZ | Nombres: DARIO ALBERTO | TI: X | CE: | PEP: | PPT: | No: 80.878.933

Fecha de Nacimiento: 08 03 1985 | Fecha de Expedición Documento: 08 07 2003 | Sexo: X | F: | NB: | Celular: 311 5517063

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

Fecha de Ingreso: 08 01 2026 | Correo Electrónico: aviladario322@gmail.com

Dirección Residencia: Tv 146N 93A 04 | Barrio/Vereda: Monte Blanco | Ciudad/Municipio: BOGOTÁ | Rural: | Urbano: X | Pais: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indigena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural: X | Urbano: | Pais: 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 | Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adulto | Media Adultos |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1ª Infancia | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional Universitario | Posgrado/Maestria | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible: X |

**PERTENENCIA ETNICA**

| Afrocolombiano | Indigena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible: X | 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: X |
|---|---|---|---|---|
| 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 conyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos: | Nombre: | Correo electrónico: | Celular:

Baja la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mi 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 [illegible] 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 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 [illegible]. Dichas bases de datos se conservarán y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

DARIO AVILA

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 de la 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

CER_AFI_2026006778423

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Dario Alberto Avila Gonzalez identificado con CC. 80878933 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón Social** | TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901709155 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2026/01/08 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 5 | **Código Actividad Económica** | 5081105 |

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC07012026N80878933A328390.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **AVILA GONZALEZ DARIO ALBERTO** identificado(a) con **CC** número **80.878.933** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 07 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/**

# 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 | 80878933 |
| NOMBRES | DARIO ALBERTO |
| APELLIDOS | AVILA GONZALEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EPS SURAMERICANA S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/04/2013 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** 01/07/2026 17:01:00 | **Estación de origen:** 192.168.70.220



107666

10266

**AFILIACIÓN A SALUD**

Fecha de Corte: 2026-01-02

| Administradora | Régimen | Fecha Afiliacion | Estado de Afiliación | Tipo de Afiliado | Departamento -> Municipio |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS SURAMERICANA S.A. | Contributivo | 12/04/2024 | Activo | COTIZANTE | BOGOTA D.C. |

**AFILIACIÓN A PENSIONES**

Fecha de Corte: 2026-01-02

| Régimen | Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación |
|---|---|---|---|
| PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA | 2009-04-01 | Activo cotizante |

**AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES**

Fecha de Corte: 2026-01-02

| Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Actividad Economica | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 2020-06-07 | Activa | MANTENIMIENTO Y REPARACION DE MAQUINARIA Y EQUIPO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A EL SERVICIO DE INSTALACIÓN, REPARACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DE APARATOS DE RAYOS X, EQUIPOS Y/O FUENTES DE MATERIAL RADIACTIVO SIMILAR. | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| COMPAÑIA DE SEGUROS COLSANITAS | 2024-06-10 | Activa | | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA | 2014-10-30 | Activa | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE INVESTIGACION Y SEGURIDAD INCLUYE SOLAMENTE SERVICIOS DE VIGILANCIA PRIVADA | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA | 2017-04-29 | Activa | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE INVESTIGACION Y SEGURIDAD INCLUYE SOLAMENTE SERVICIOS DE VIGILANCIA PRIVADA | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA | 2018-11-01 | Activa | EXTRACCION DE OTROS MINERALES METALIFEROS NO FERROSOS, EXCEPTO NIQUEL INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A LAS PLANTAS DE BENEFICIO O TRATAMIENTO DE MINERALES METÁLICOS | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA | 2021-07-08 | Activa | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE INVESTIGACION Y SEGURIDAD INCLUYE SOLAMENTE SERVICIOS DE VIGILANCIA PRIVADA | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA | 2023-09-28 | Activa | | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA | 2024-07-01 | Activa | | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA | 2025-07-09 | Activa | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE INVESTIGACION Y SEGURIDAD INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A LOS DACTILOSCOPISTAS EN LOS CARGOS DE DETECTIVE AGENTE, PROFESIONALES ESPECIALIZADOS, PERSONAL DE DETECTIVES EN DISTINTOS GRADOS, DIRECTORES DE ESTABLECIMIENTOS CARCELARIOS, MAYORES, CAPITANES, TENIENTES, SARGENTOS, GUARDIANES, SERVICIOS DE ESCOLTAS, SERVICIOS DE TRANSPORTE DE VALORES | Cundinamarca- DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA |
| SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA | 2025-08-28 | Activa | | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA | 2018-04-30 | Activa | EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE INVESTIGACION Y SEGURIDAD INCLUYE SOLAMENTE SERVICIOS DE VIGILANCIA PRIVADA | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |

**AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR**

Fecha de Corte: 2026-01-02

| Administradora CF | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Tipo de Miembro de la Población Cubierta | Tipo de Afiliado | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|---|
| CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO | 2025-08-29 | Activo | Afiliado | Trabajador afiliado dependiente | |
| CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI | 2023-09-28 | Activo | Afiliado | Trabajador afiliado dependiente | |
| CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO | 2025-08-29 | Activo | Afiliado | Trabajador afiliado dependiente | |
| CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 2024-04-11 | Activo | Afiliado | Trabajador afiliado dependiente | |
| CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO | 2017-07-27 | Inactivo | Afiliado | Trabajador afiliado dependiente | |
| CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACA COMFABOY | 2025-07-09 | Activo | Afiliado | Trabajador afiliado dependiente | |

**AFILIACIÓN A CESANTIAS**

Fecha de Corte: 2026-01-02

| Régimen | Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|
| CESANTÍAS: ESPECIAL | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA | 2019-02-13 | VIGENTE | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| CESANTÍAS: ESPECIAL | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA | 2021-02-09 | VIGENTE | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| CESANTÍAS: ESPECIAL | SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA | 2025-02-12 | VIGENTE | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |

167-668

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.878.933
AVILA GONZALEZ

APELLIDOS

DARIO ALBERTO

NOMBRES



Dario Avila

FIRMA



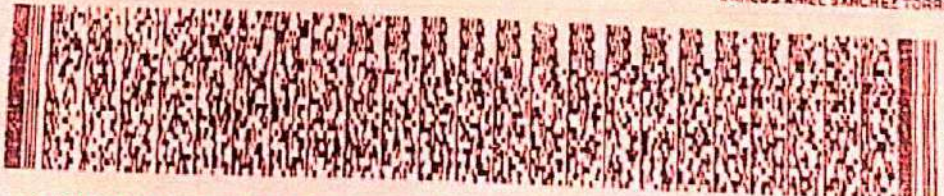
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1985
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-JUL-2003 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00316335-M-0080878933-20110725 0027542622A 1 1981415618

minerva
10-03

# HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Fecha: | Empresa interesada para el empleo: Guarda de seguridad

## I. INFORMACION GENERAL



Apellidos del aspirante: Avila Gonzalez | Nombres del aspirante: Dario Alberto
Fecha de nacimiento: 08-03 | Lugar de nacimiento: Bogota
Dirección de residencia: Barrio: TV 146N93A04 Monte blanco | Ciudad: Bogota
Teléfono: 3204054977 | No. Celular: 3115517063
Correo electrónico: Avilodario322@gmail.com | Nacionalidad: Colombiano
Profesión, ocupación u oficio: Guarda de seguridad | (*) Estado civil: union libre | Años de experiencia laboral: 12 años

DOCUMENTACION

Cédula de ciudadanía: X N° 80878933 | (**) Libreta militar N°: 80878933 | Distrito N°: N Z1 | Pasaporte: X
Estatura: | Expedida en: | Tarjeta profesional N°: | ¿Tiene vehículo?: | Licencia de conducción N°: | Categoría:
Sí: | No: X

## II. PERFIL LABORAL

Relacione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo (la) hacen apto (a) para el cargo

poder laborar para la Empreza darme a conocer como persona y seguir capazitandome a nivel laboral

## III. INFORMACION PERSONAL

¿Trabajando actualmente? No: X | ¿En qué empresa? | Empresa: | Fecha de ingreso:
¿Antes en esta empresa? No: X | ¿Solicitó empleo a otra persona de esta empresa? Sí: No: X | Fecha: | ¿Cuándo se separó de esta empresa?: No | Empresa:
Nombre: | Número: | ¿Cómo fue separado de la empresa anterior?: X
No: X Dependientes: | Apellidos: | Nombres: | Parentesco:
Sí: X Vive en casa propia: | Nombre del arrendador: X Santos Avila | Teléfono: 3114783401 | Por cuánto tiempo: 5 años
No: X
Sí: Desempeña actualmente algún empleo: | Cuánto gana mensualmente: $ 890.000
No: X
¿Cuál es su aspiración salarial?: $ El convenie
¿Qué deporte practica?: El Futbol | ¿Cuál?: | Practica algún deporte?: Sí: No: X
¿Cuál?:

Declaro que los datos consignados en el presente documento son verdaderos y me comprometo por su diligencia en suministrar cualquier comprobante que se requiera para verificar la información aquí suministrada. Autorizo a la empresa para que verifique los datos aquí suministrados. Entiendo que la falsedad en la información aquí suministrada es causal de terminación del contrato de trabajo.

Firma del aspirante: | Fecha:

Para uso exclusivo de la empresa: Se anexan los siguientes documentos:

1076669

1076770

## IV. INFORMACION FAMILIAR

| | | |
|---|---|---|
| Jaqueline Chaves | Independiente | |
| 1 | Esposa | 37 AÑOS |
| Santos Avila | Independiente | 3114783401 |
| Janeth Avila | Empleada | 3212797145 |

## V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| ESTUDIOS | AÑOS APROBADOS | AÑOS CURSADOS | TITULO OBTENIDO | NOMBRE DE LA INSTITUCION | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria | | | | | |
| Bachillerato Académico X Técnico | 2016 | 11 | Bachillerato | Centro Educativo San pablo | Bogota |
| Comercial Otro | | | | | |
| Educación Superior Técnico | | | | | |
| Tecnológico | | | | | |
| Profesional | | | | | |
| Posgrados | | | | | |

| | Intensidad horaria | Nombre del programa | Institución |
|---|---|---|---|
| Otros: cursos, diplomados, seminarios. | 30 Horas | Reentrenamiento vigilancia | CADEVIP |
| Otros: cursos, diplomados, seminarios. | | | |

¿Cursa estudios actualmente? Si ___ No X — ¿Que tipo de estudios? — Duración (años, semestres, meses) — Año, semestre que cursa

Nombre de la institución — Horario: Diurno ___ Nocturno ___ Fin de semana ___ Ajustable ___

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

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sistemas Si ___ No X | 1 | R | B | MB | 3 | R | B | MB | | | | | | | |
| ¿Qué programas maneja? | 2 | R | B | MB | 4 | R | B | MB | | | | | | | |
| Idiomas | | Escucha | | | Lectura | | | Escritura | | | Habla | | | | |
| Si ___ No X | 1 | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB | | |
| ¿Qué idioma(s) conoce? | 2 | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB | | |

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

## VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

| Nombre de la última o actual empresa | Actividad Económica | Dirección | Teléfono(s) |
|---|---|---|---|
| Empreza de Seguridad Coxar | | Cr 49B N104A11 | 6012568 |

| Cargo(s) desempeñado(s) por usted | Área del cargo | Fecha Ingreso | Fecha Retiro | Sueldo Inicial | Sueldo F |
|---|---|---|---|---|---|
| Guarda de seguridad | | 28 08 25 | 12 12 25 | 2'100.000 | 2'100.( |

Funciones realizadas: guarda de seguridad

Nombre de su jefe inmediato: Jesus Pedroso — Cargo: Jefe de Operacion

Logros obtenidos:

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

Horario de trabajo: Tiempo completo X — 1/2 Tiempo ___ — Por horas ___ — Jornada: Diurna ___ Nocturna ___ Otra ___

Motivo del retiro: Retiro voluntario

10767

| Nombre de la empresa | Actividad Económica | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|
| Alliance Risk Rotection | | Cl49DN91-84 | 6017561930 |

| Cargo(s) desempeñado(s) por usted | Área del cargo | Fecha Ingreso | Fecha Retiro | Sueldo Inicial | Sueldo Final |
|---|---|---|---|---|---|
| Guarda de seguridad | | 01 06 24 | 07 01 25 | 2180000 | 2180000 |

Funciones realizadas: guarda de seguridad

Nombre de su jefe inmediato: Juan NUÑES — Cargo: Coordinador

Logros obtenidos:

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

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

Motivo del retiro: Retiro voluntario

| Nombre de la empresa | Actividad Económica | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|
| Seguridad THOR LTDA | | Cl23BN61A58 | 6014625532 |

| Cargo(s) desempeñado(s) por usted | Área del cargo | Fecha Ingreso | Fecha Retiro | Sueldo Inicial | Sueldo Final |
|---|---|---|---|---|---|
| Guarda de seguridad | | 28 09 23 | 18 06 24 | 1960000 | 1960000 |

Funciones realizadas: guarda de seguridad

Nombre de su jefe inmediato: Fernando tellez — Cargo: Jefe de operaciones

Logros obtenidos: Ningono

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

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

Motivo del retiro: Retiro voluntario

## VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Arley Espitia | Empleado | tr 28N93 06 | 3102540433 |
| 2. | Mauricio Romoz | Empleado | Cl 3Sur N 27-32 | 3208415019 |

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

| Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|
| Jogueline Chaves | Independiente | tru 146N93-04 su | 3115517056 |
| Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción

**Nota importante**

Llamar por teléfono ni acudir a preguntar por lo de esta solicitud. Nosotros le avisaremos.

**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**

Dario Avila
C.C. 80878933

10672

# Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

**Número de Solicitud** 6I_7137749

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

**Reingreso 1**

| | |
|---|---|
| Empleador | NI 901709155 TRITURADOS SAN JOSE SAS |
| Afiliado | CC 80878933 DARIO ALBERTO AVILA GONZALEZ |
| Tipo de trabajador | 1 Dependiente |
| Salario Base | $ 1,750,905 |
| Cargo | OTRO |
| Sucursal | VILLAVICENCIO SEDE OPERATIVA - URIBE META KM 6 500 VI LA URIBE LA JULIA |
| Fecha de ingreso | 08/01/2026 |
| Fecha de radicacion | 21/01/2026 04:49:36 p.m. |
| Código de Transacción | 210057642 |
| **Resultado delReingreso 1** | |
| Novedad aplicada con éxito | El período de inicio de pago es 02/2026 |

Fecha de generacion 21/01/2026

107673

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:

**CRISTIAN DARIO MENDEZ PULGARIN,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.243.399**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 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.

Cofrem

**FORMATO**
**"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"**

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

**2026/01/23** **2:29 pm** **Radicado:** 3713393

**Recibe:** CLAUDIA PATRICIA RIAÑO RUIZ
**Clasificación:** **Estado:** R **Asesor:** 94
REACTIVACION Casado o Union Libre

**Información Empresa:**

**Nit:** 901709155 **Telefono:**0

**Razón Sócial:** TRITURADOS SAN JOSÉ SAS

**Tipo Aportante:** 1 EMPLEADOR APORTE 4%

**Información Solicitante:**

**Documento:** 1124243399 **Telefono:** 0
**Nombre:** MENDEZ PULGARIN CRISTIAN DARIO

**Dependencia:**
DIVISION DE SUBSIDIOS

## Documentos Presentados:

- **Copia cédula de ciudadania**
  - 1124243399 CRISTIAN DARIO MENDEZ PULGARIN
  - 1106781677 WENDY KARINA GIRALDO GUARNIZO
- **Formato Declaración Juramentada**
  - 1106781677 WENDY KARINA GIRALDO GUARNIZO
- **Formulario de inscripción del trabajador**
  - 1124243399 CRISTIAN DARIO MENDEZ PULGARIN

## Observaciones:

4F REACTIVACION
NO SE AFILIA LA MENOR ZAHARA PORQUE EL REGISTRO CIVIL ESTA ILEGIBLE
POR CORREO tsj@clp.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 6816322 ext. 3861
Linea Amiga 6818320 e-mail sercliente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

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

Vigilado Supersubsidio

10764

| 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: 16 01 2026 | Afiliación primera vez: | Adición personas a cargo: X | Reafiliación: X | Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT: | CC: | CE: | No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Celular: 3102690706

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

Primer Apellido: MENDEZ | Segundo Apellido: PULGARIN | Nombres: CRISTIAN DARIO | CC: X | TI | CE | PEP | PPT | No: 1.124.243.399

Fecha de Nacimiento: 09 04 1990 | Fecha de Expedición Documento: 03 08 2009 | Sexo: M: X | F | NB | Celular: 320 9169175

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

Fecha de Ingreso: 13 01 2026 | Correo Electrónico: xiomypulgarin2004@gmail.com

Dirección Residencia: Carrera 12 #14-50 | Barrio/Vereda: BUENOS AIRES | Ciudad/Municipio: VILLAVICENCIO | Rural | Urbano: X | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | 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: 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/Maestria | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible: X |

**PERTENENCIA ETNICA**

| Afrocolombiano | Indigena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible: X | 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: X |
|---|---|---|---|---|---|
| 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: GIRALDO | Segundo Apellido: GUARNIZO | Nombre: WENDY KARINA | CC: X | TI | CE | PEP | PPT | No: 1.106.781.677

Fecha de Nacimiento: 18 04 1998 | Fecha de Expedición: 21 04 2016 | Dirección: Carrera 12 #14-50 | Barrio: BUENOS AIRES | Ciudad: VILLAVICENCIO

Correo Electrónico: KARIGIRALDO@GMAIL.COM | Celular: 310 2665948

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

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ZAHARA MENDEZ GIRALDO | 30 05 2019 | R.C | 1.070.629.751 | 06 06 2019 | X | | HIJA | | X | VILLAVICENCIO | | X |
| | | | | | | | | | | | | |

**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 conyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos: | Nombre: | Correo electrónico: | Celular: |
|---|---|---|---|
| | | | |

Baja la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mi 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 [redacted] 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 comunicacion 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 [redacted] Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

Cristian Mendez

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 de la 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

Cofrem

# DECLARACIÓN JURAMENTADA

| Fecha de solicitud | | | |
|---|---|---|---|
| Año | Mes | Dia | Ciudad / Municipio |
| 2026 | 01 | 16 | |

Yo CRISTIAN DARIO MENDEZ PULGARIN

Identificado(a) con C.C. [X] C.E [ ] S.C [ ] C.D. [ ] PPT [ ] T.I [ ] Número: 1.124.243.399

## MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración:

| 1. Convivencia y dependencia económica | X | 2. Unión marital de hecho/ Unión libre | | 3. Padres o hermanos huérfanos de padres | | 4. Cónyuge o compañero(a) permanente-Cuidador(a) | | 5. Otros | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERIDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de inconsistencias en la información o falsedad, se suspenderá el proceso y se dara traslado a la autoridad judicial competente conforme a la Ley.

## 1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge y/o compañero permanente, hijos, hijastros, Hermanos huérfanos menores de 18 años de padres y dependientes por custodia) que conviven y dependen económicamente del trabajador(a).

| Nombre completo del beneficiario | Documento de identificación | | Parentesco | Teléfono de contacto del beneficiario | Correo electrónico del beneficiario |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo | Número | | | |
| ZAHARA MENDEZ GIRALDO | R.C | 1.070.629.751 | HIJA | N/A | N/A |
| WENDY KARINA GIRALDO GUARNIZO | C.C | 1.106.781.677 | PAREJA | 3102665948 | KARIGIRALDOGMAIL.COM |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## 2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptara que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañero(a) permanente:

Declaro que el (la) señor (a): WENDY KARINA GIRALDO GUARNIZO identificado (a) con el tipo de documento CEDULA número 1.106.781.677 es mi compañero (a) permanente y convivimos desde hace 6 años _____ meses. Además, el (la) señor (a) actualmente se desempeña como:

Dependiente ____ Independiente ____ Pensionado (a) ____ Estudiante ____ No labora X

## 3. PADRES O HERMANO (S) HUERFANO (S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano (a) huérfano (s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

| Nombre completo del beneficiario | Documento de identificación | | Parentesco | Teléfono de contacto del beneficiario | Correo electrónico del beneficiario |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo | Número | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Firma del padre: | Firma de la madre:

## 4. CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE - CUIDADOR(A)

Ley 2225 del 2022, define que se entenderá por **Cuidador** la persona, profesional o no, que apoya en la realización de las tareas basicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad que este debidamente certificada por la entidad competente. Condiciones de afiliación:

- Tener en su grupo familiar una persona a cargo en situación de discapacidad con asistencia personal y total.
- Cónyuge o Compañero(a) permanente cuidador(a) no debe estar activo como trabajador en el sistema de Compensación Familiar.
- Salario devengado por el grupo familiar hasta dos (2) Salarios Minimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV)

| Nombre Completo del Cuidador | Documento de Identidad | | Telefono de contacto | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|---|
| | Tipo | Número | | |
| | | | | |

Declaro que como cónyuge o compañero(a) permanente - cuidador(a), no cuento con una fuente formal directa de ingresos y no realizo una actividad formal remunerada, teniendo en cuenta que es la autonomía, voluntad y preferencia de la persona a cargo discapacitada de este grupo familiar.

Firma del cónyuge o compañero (a) permanente - Cuidador(a):

## 5. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor (a) _____ identificado (a) con _____ Padre/madre biologica (o) del menor _____ identificado (a) con _____, por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral, ni certificar que recibe subsidio familiar en otra Caja de Compensación Familiar

**NOTA:**

La fecha de diligenciamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razón se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las Cajas de Compensación Familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas, en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso, de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a traves del presente documento, tendran la facultad de retirar del grupo familiar a la(s) persona(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma Declarante: Cristian Mendez

Documento identidad: 1.124.243.399

Observaciones:

10626

10744

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/01/2026, el empleador TRITURADOS SAN JOSE SAS identificado con NIT número 901709155 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 9824250 | 21/01/2026 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1124243399 | CRISTIANDARIO MENDEZ PULGARIN | 1750905 | OFICIAL DE CONSTRUCCION | 2026-01-13 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

10768

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CRISTIAN DARIO MENDEZ PULGARON** identificado con **CC** No. **1124243399**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| NI 901709155 TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Fecha de inicio de cobertura:** 13/01/2026<br>**Estado Afiliación:** Activo<br>**Fecha de Retiro:**<br>**Tipo Vinculación:** DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá DC. a los 09 días del mes de enero del 2026.

Cordialmente,

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

107629

# CRISTIAN DARIO MENDEZ PULGARIN

## Datos Personales

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Cristian Darío Méndez Pulgarin |
| **DOCUMENTO IDENTIDAD:** | 1.124.243.399 |
| **FECHA DE NACIMIENTO:** | 09 de abril de 1990 |
| **LUGAR DE NACIMIENTO:** | Villavicencio – Meta |
| **ESTADO CIVIL:** | Soltero |
| **DIRECCIÓN:** | Carrera 12 # 14-50 b/Buenos Aires |
| **MUNICIPIO:** | San Juan de Arama - Meta |
| **CELULAR:** | 320 916 9175 |

## Perfil personal

Soy una persona disciplinada, dinámica, emprendedora, con buenas relaciones interpersonales, con disposición para llevar a cabo las metas propuestas; he adquirido fortalezas que me permiten desempeñarme de manera eficiente en cualquier labor que me sea asignada, unidos a una formación integral que me caracterizan como una persona honrada, seria y comprometida.

## Referencias Personales

**EYINTON MONTENEGRO**
Cargo: Empleado
Ciudad: San Juan de Arama - Meta
Celular: 321 307 0808

**FABIAN MUÑOZ**
Cargo: Empleado
Ciudad: Villavicencio - Meta
Celular: 320 428 9051

## Referencias familiares

**ZULMA PULGARIN**
Ocupación: Hogar
Parentesco: Mamá
Celular: 311 725 5760
Ciudad: San Juan de Arama – Meta

**XIOMARA LOPEZ**
Ocupación: Hogar
Parentesco: Hermana
Celular: 310 781 5904
Ciudad: San Juan de Arama – Meta

Cristian Mendez

**CRISTIAN DARIO MENDEZ PULGARIN**
C.C. No. 1.124.243.399
Expedida en San Juan de Arama – Meta
Celular 320 916 9175
e-mail: xiomypulgarin2004@gmail.com

107681

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.124.243.399
MENDEZ PULGARIN
APELLIDOS
CRISTIAN DARIO
NOMBRES

Cristian Mendez
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1990
CUMARAL
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

03-AGO-2009 SAN JUAN DE ARAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-5200150-01329234-M-1124243399-20221118 0090474289A 1 8505478347

10682

## REFERENCIA PERSONAL

Yo, **FABIAN ROLANDO MUÑOZ CAÑON**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía número 1.124.243.346. Declaro que conozco y reconozco al señor **CRISTIAN DARIO MENDEZ PULGARIN,** mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía numero 1.124.243.399 expedida en San Juan de Arama - Meta. Desde hace más de 12 años, de vista, trato y comunicación; quien ha demostrado ser una persona responsable, honesta y cumplidora de sus deberes.

Este documento se expide a solicitud del interesado, en San Juan de Arama – Meta, a los 22 días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente,

Fabian Muñoz Cañon

**FABIAN ROLANDO MUÑOZ CAÑON**
C.C. No. 1.124.243.346
Celular 320 428 9051

107 683

## CERTIFICADO LABORAL

**JORGE ANDERSON LOPEZ BARBOSA** certifica que **CRISTIAN DARIO MENDEZ PULGARIN,** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía numero 1.124.243.399 expedida en San Juan de Arama Meta, laboro conmigo desde el día 4 de Enero del 2018 hasta el día 15 de Agosto del 2022, desempeñando el cargo de **Oficial de construcción.** Demostrando ser una persona responsable, honesta y cumplidora con sus deberes.

**Atentamente:**

**JORGE ANDERSON LOPEZ BARBOSA**

**C.C. N° 86.035.605**

**Celular: 3117255760**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.124.243.399
MENDEZ PULGARIN
APELLIDOS
CRISTIAN DARIO
NOMBRES



Cristian Mendez
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1990
CUMARAL
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
03-AGO-2009 SAN JUAN DE ARAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-5200150-01329234-M-1124243399-20221118 0090474289A 1 8505478347

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:

**CARLOS ANDRES HURTADO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.167.551**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 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.

Cofrem

**FORMATO**
**"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"**

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

**2026/01/13** **3:57 pm** **Radicado:** 3705984

**Recibe:** CLAUDIA PATRICIA RIAÑO RUIZ
**Clasificación:** REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 94

**Información Empresa:**

**Nit:** 901709155 **Telefono:**0

**Razón Sócial:** TRITURADOS SAN JOSÉ SAS

**Tipo Aportante:** 1 EMPLEADOR APORTE 4%

**Información Solicitante:**

**Documento:** 1007167551 **Telefono:** 0
**Nombre:** HURTADO CARLOS ANDRES

**Dependencia:**
DIVISION DE SUBSIDIOS

## Documentos Presentados:

- **a cédula de ciudadania**

  1007167551 CARLOS ANDRES HURTADO

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1007167551 CARLOS ANDRES HURTADO

## Observaciones:

2F SOLTERO Y NO SE AFILIA EL HIJO POR FALTA DE LA COPIA DE LA CEDULA DE LA MAMA DEL MENOR POR CORREO tsj@clp.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 sercliente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

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

Vigilado Supersubsidio

10989

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: 08 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliacion: X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT: X | CC | CE | No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Celular: 3102690706

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

Primer Apellido: HURTADO | Segundo Apellido: | Nombres: CARLOS ANDRES | TI: X | CE | PEP | PPT | No: 1.007.167.551

Fecha de Nacimiento: 07 05 1994 | Fecha de Expedicion Documento: 29 06 2012 | Sexo: M: X | F | NB | Celular: 3118768967

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

Fecha de Ingreso: 06 01 2026 | Correo Electrónico: carloshurtado77@gmail.com

Dirección Residencia: MZ 30 CS 02 | Barrio/Vereda: BATEAS | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | Urbano: X | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VIA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | 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: 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/Maestria | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible: X |

**PERTENENCIA ETNICA**

| Afrocolombiano | Indigena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible: X | 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: X |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 Electronico: | 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 | Numero de Identificación | Fecha de Expedición | Sexo F | Sexo M | Parentesco | Discapacidad SI | Discapacidad NO | Municipio de Residencia | Rural | Urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MATIAS ANDRES HURTADO LOPEZ | 30 04 2024 | R.C | 1.124.841.397 | 16 10 2024 | | X | HIJO | | X | URIBE | | X |
| | | | | | | | | | | | | |

**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 debera aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación.

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

Baja la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mi 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 , 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 publico 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 demas actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y habitos 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 Compensacion Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, seran tratados para las finalidades anteriormente indicados durante el tiempo de afiliación del tratajador 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 electronico . Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

Carlos Andres Hurtado

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 de la Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitan, de acuerdo con la solicitud.

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

1076888

Cofrem

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

| Fecha de solicitud | | | |
|---|---|---|---|
| Año | Mes | Dia | Ciudad / Municipio |
| 2026 | 01 | 08 | URIBE - META |

Yo CARLOS ANDRÉS HURTADO

Identificado(a) con C.C. [X] C.E [ ] S.C [ ] C.D. [ ] PPT [ ] T.I [ ] Número: 1.007.167.551

## MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una X el motivo de la declaración:

| 1. Convivencia y dependencia económica | X | 2. Unión marital de hecho/ Unión libre | | 3. Padres o hermanos huérfanos de padres | | 4. Cónyuge o compañero(a) permanente-Cuidador(a) | | 5. Otros | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de inconsistencias en la información o falsedad, se suspenderá el proceso y se dará traslado a la autoridad judicial competente conforme a la Ley.

## 1. CONVIVENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

A traves del diligenciamiento del siguiente recuadro usted demostrará y aceptará que las personas relacionadas hacen parte de su grupo familiar (cónyuge y/o compañero permanente, hijos, hijastros, Hermanos huérfanos menores de 18 años de padres y dependientes por custodia) que conviven y dependen económicamente del trabajador(a).

| Nombre completo del beneficiario | Documento de identificación | | Parentesco | Telefono de contacto del beneficiario | Correo electrónico del beneficiario |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo | Número | | | |
| MATIAS ANDRES HURTADO LOPEZ | R.C | 1.124.841.397 | HIJO | NO APLICA | NO APLICA |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## 2. UNIÓN MARITAL DE HECHO (UNIÓN LIBRE)

A través del diligenciamiento del siguiente espacio demostrará y aceptará que usted convive y tiene una comunidad de vida singular con su compañero(a) permanente.

Declaro que el (la) señor (a): _____ identificado (a) con el tipo de documento_____ número_____ es mi compañero (a) permanente y convivimos desde hace _____años _____meses. Ademas, el (la) señor (a) actualmente se desempeña como:

Dependiente ____ Independiente ____ Pensionado (a) ____ Estudiante ____ No labora ____

## 3. PADRES O HERMANO (S) HUERFANO (S)

A través del diligenciamiento del siguiente recuadro declaro que mi padre / madre, hermano (a) huérfano (s) de padres relacionado(a) como parte del núcleo familiar, no recibe(n) subsidio familiar, salario, renta o pensión alguna, ni está(n) afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

| Nombre completo del beneficiario | Documento de identificación | | Parentesco | Telefono de contacto del beneficiario | Correo electronico del beneficiario |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo | Número | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Firma del padre: | Firma de la madre:

## 4. CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE - CUIDADOR(A)

Ley 2225 del 2022, define que se entenderá por **Cuidador** la persona, profesional o no, que apoya en la realización de las tareas básicas de la vida cotidiana de una persona con discapacidad que esté debidamente certificada por la entidad competente. Condiciones de afiliación:

- Tener en su grupo familiar una persona a cargo en situación de discapacidad con asistencia personal y total.
- Cónyuge o Compañero(a) permanente cuidador(a) no debe estar activo como trabajador en el sistema de Compensacion Familiar.
- Salario devengado por el grupo familiar hasta dos (2) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV)

| Nombre Completo del Cuidador | Documento de Identidad | | Teléfono de contacto | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|---|
| | Tipo | Número | | |
| | | | | |

Declaro que como cónyuge o compañero(a) permanente - cuidador(a), no cuento con una fuente formal directa de ingresos y no realizo una actividad formal remunerada, teniendo en cuenta que es la autonomía, voluntad y preferencia de la persona a cargo discapacitada de este grupo familiar.

Firma del cónyuge o compañero (a) permanente - Cuidador(a):

## 5. OTROS

Declaro que desconozco la ubicación del señor (a) _____identificado (a) con _____ Padre/madre biológica (o) del menor _____identificado (a) con _____, por lo que no puedo aportar los datos relacionados con su certificación laboral, ni certificar que recibe subsidio familiar en otra Caja de Compensación Familiar.

**NOTA:**
La fecha de diligenciamiento de la presente declaración juramentada no puede tener una vigencia superior a treinta (30) días y deberá ser firmada por el (la) declarante. La información contiene la manifestación expresa del trabajador y su grupo familiar, y por tal razon se presume que corresponden a sus condiciones y realidad actual, no obstante, las Cajas de Compensación Familiar podrán realizar las verificaciones internas y externas, en cualquier momento durante su vinculación, con el fin de corroborar la veracidad de la información a través de los mecanismos que considere pertinentes. En todo caso, de evidenciar inconsistencias en lo manifestado a través del presente documento, tendrán la facultad de retirar del grupo familiar a la(s) persona(s) a cargo y/o suspender el reconocimiento del subsidio familiar.

Firma Declarante: Carlos ANDRES H.

Documento identidad: 1007167551

Observaciones:

107-689

# NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/01/2026, el empleador TRITURADOS SAN JOSE SAS identificado con NIT número 901709155 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 9824244 | 21/01/2026 | Reingresos |

## DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1007167551 | CARLOS ANDRES HURTADO | 1750905 | OFICIAL DE CONSTRUCCION | 2026-01-06 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

1007690

CER_AFI_2026006334788

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Carlos Andres Hurtado identificado con CC. 1007167551 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón Social** | TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901709155 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2026/01/06 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 5 | **Código Actividad Económica** | 5081105 |

Esta certificación se expide a los 5 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC05012026N1007167551A224566.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

169+01

*CARLOS ANDRES HURTADO*
*C.C 1.007.167.551*
ARAUCA (ARAUCA)

## DATOS PERSONALES:

| | |
|---|---|
| Nombre: | Carlos Andres Hurtado |
| Cedula de ciudadanía: | 1.007.167.551 |
| Edad: | 30 años |
| Dirección: | Mz 30 Cs 02 – Barrio Bateas |
| Fecha de nacimiento: | 07-mayo- 1994 |
| Lugar de nacimiento: | Arauca - Arauca |
| Estado civil: | Unión Libre |

## REFERENCIAS PERSONALES:

Nombre: Jose Domingo González
Cargo: Empleado
Celular: 3165889733

## REFERENCIA FAMILIARES:

Nombre: John alexander hurtado
Parentesco: Hermano
Cargo: Operador de maquinaria amarilla
Celular: 3213764576

21692

CARLOS ANDRES HURTADO
C.C 1.007.167.551
ARAUCA (ARAUCA)

## REFERENCIAS LABORALES

Nombre: Cesar Guzmán Rodriguez Bolívar
Cargo: jefe inmediato
Empresa: Consorcio M.P.M Puerto Gaitán
Celular: 3124489933

Carlos
Carlos Andres Hurtado
CC. 1.007.167.551 De Arauca
Cel. 3118768967

107693

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.167.551
HURTADO

APELLIDOS
CARLOS ANDRES

NOMBRES
Carlos Hurtado

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1994
ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-JUN-2012 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4000100-01263773-M-1007167551-20211106 0076162882A 2 8502298134

10769

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.010.010.380

LOPEZ CAILE

ERAYAM ESTIVEN



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-2000

SAN JUAN DE ARAMA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-DIC-2018 SAN JOSE DEL GUAVIARE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-5400100-01057475-M-1010010380-20190123 0064292689A 1 50868415

107695

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:

**BRAYAM ESTIVEN LOPEZ CAILE,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.010.380,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 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.

Cofrem

**FORMATO**
**"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"**

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

**2026/01/19** **8:09 am** **Radicado:** 3709290

**Recibe:** CLAUDIA PATRICIA RIAÑO RUIZ
**Clasificación:** REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 94

**Información Empresa:**

**Nit:** 901709155 **Telefono:**0

**Razón Sócial:** TRITURADOS SAN JOSÉ SAS

**Tipo Aportante:** 1 EMPLEADOR APORTE 4%

**Información Solicitante:**

**Documento:** 1010010380 **Telefono:** 0
**Nombre:** LOPEZ CAILE BRAYAM ESTIVEN

**Dependencia:**
DIVISION DE SUBSIDIOS

## Documentos Presentados:

- **[redacted]a cédula de ciudadania**

  1010010380 BRAYAM ESTIVEN LOPEZ CAILE

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1010010380 BRAYAM ESTIVEN LOPEZ CAILE

## Observaciones:

2F SOLTERO
POR CORREO tsj@clp.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

107696

| Cofrem | FORMATO<br>"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR" | Página 1 de 1<br>Versión: 20 |
|---|---|---|
| | Dependencia Generadora:<br>**División de Subsidios** — Código: **PD-170-01-F01** | F. Vigencia:<br>**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 | 15 01 2026 | Afiliación primera vez | | Adición personas a cargo | | Reafiliacion | X | Veteranos (Ley 1979/2019) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS — NIT X | CC | CE No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA — Celular: 3102690706

**DATOS DEL TRABAJADOR (A)**

Primer Apellido: LOPEZ — Segundo Apellido: CAILE — Nombres: BRAYAM ESTIVEN — X | TI | CE | PEP | PPT | No: 1.010.010.380

Fecha de Nacimiento: 30 11 2000 — Fecha de Expedición Documento: 20 12 2018 — Sexo: X M | F | NB — Celular: 314 3726921

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

Fecha de Ingreso: 09 01 2026 — Correo Electrónico: lopezcailebrayan@gmail.com

Dirección Residencia: CL 2 CS 4 — Barrio/Vereda: CENTRO — Ciudad/Municipio: URIBE — Rural | Urbano X — País: COLOMBIA

Resguardo: — Pueblo Indigena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA — Barrio/Vereda: LA JULIA — 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) | Union libre X | Divorciado(a) | Viudo(a) | ORIENTACION SEXUAL | Heterosexual X | Bisexual | Homosexual | No disponible |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**NIVEL DE ESCOLARIDAD**

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

**PERTENENCIA ETNICA**

| Afrocolombiano | Indigena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible X | 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 X |
|---|---|---|---|---|---|
| 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: |
|---|---|---|---|

Baja la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mi 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 [redacted], 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 [redacted]. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

Brayan Estiven Cailez

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 de la 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

107691

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 21/01/2026, el empleador TRITURADOS SAN JOSE SAS identificado con NIT número 901709155 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 9824249 | 21/01/2026 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1010010380 | BRAYAMESTIVEN LOPEZ CAILE | 1750905 | OFICIAL DE CONSTRUCCION | 2026-01-09 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

107699

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **BRAYAM ESTIVEN LOPEZ CAILE** identificado con **CC** No. **1010010380**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| NI 901709155 TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Fecha de inicio de cobertura:** 09/01/2026<br>**Estado Afiliación:** Activo<br>**Fecha de Retiro:**<br>**Tipo Vinculación:** DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá DC. a los 09 días del mes de enero del 2026.

Cordialmente,

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

0870

# BRAYAM ESTIVEN LOPEZ CAILE

C.C N° 1.010.010.380 de San José Del Guaviare
Cel.: 3143726921
lopezcailebrayan@gmail.com




## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Fecha de Nacimiento: | 30 de Noviembre de 2000 |
| Lugar de Nacimiento: | San Juan De Arama- Meta |
| Estado Civil: | Unión Libre |

## PERFIL

Soy un hombre trabajador, responsable y puntual en todas las tareas asignadas en el aspecto laboral y personal, me destaco como una persona honesta y compañerista con deseo de realizar mi cargo de manera efectiva, aportando ideas provechosas y aprendo con facilidad labores que desconozco.

107+201

## ESTUDIOS REALIZADOS

**INSTITUTO EDUCATIVO SANTANDER**
Primaria y secundaria
San Jose Del Guaviare

## EXPERIENCIA LABORAL

**VISION COLOMBIA TITAN I**
Cargo: Contratista
Tiempo: 4 meses
San Jose Del Guaviare

**CONSORCIO KR9**
Cargo: OFICIAL DE OBRA
Tiempo: 1 año
Guamal

## REFERENCIAS PERSONALES

**HENRRY GOMEZ VILLADA**
Maestro de obra
Cel.: 3107997383
Pitalito Huila

**IVAN MUÑOZ**
Maestro
Cel.: 3227256224
Granada Meta

101702

Hoja de Vida BRAYAM ESTIVEN LOPEZ CAILE

## REFERENCIAS FAMILIARES

**YULIETH ALVAREZ BUITRAGO**
independiente
Cel.: 3113643628
Granada - Meta
Parentesco: esposa

**HUMBERTO LOPEZ ARENAS**
Operador de maquinaria
Cel.: 3208436447
San Jose Del Guaviare
Parentesco: papa

**BRAYAM ESTIVEN LOPEZ CAILE**
**C.C Nº 1.010.010.380 de** San José Del Guaviare

ANEXOS:
Cedula:

(0203)

ÚBLICA DE COLOMBIA
NTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE CIUDADANIA

1.010.010.380

LOPEZ CAILE

ERAYAM ESTIVEN

Brayan Estiven Lopez C



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-2000

SAN JUAN DE ARAMA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

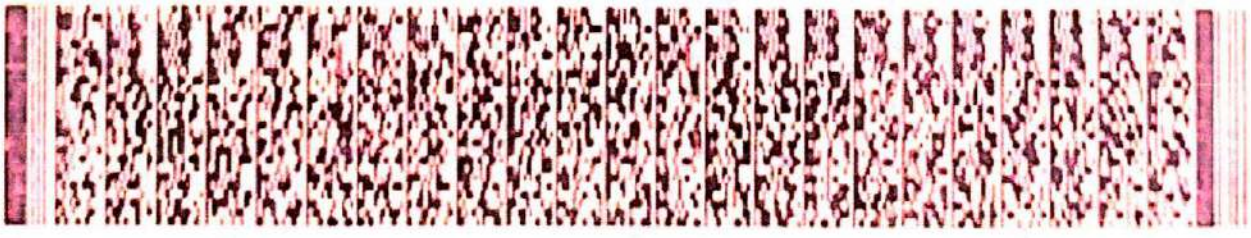
1.68 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-DIC-2018 SAN JOSE DEL GUAVIARE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-5400100-01057475-M-1010010380-20190123 0064292689A 1 50868415

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 | 1010010380 |
| NOMBRES | BRAYAM ESTIVEN |
| APELLIDOS | LOPEZ CAILE |
| 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 | 01/01/2016 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 06/07/2025 15:57:22 | **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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

(0705)

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 03:56:56 PM horas del 07/06/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1010010380**
Apellidos y Nombres: **LOPEZ CAILE BRAYAM ESTIVEN**

**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.grai-ato@policia.gov.co

107706

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: 15 01 2026 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliacion: X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT: X | CC | CE | No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Celular: 3102690706

## DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: MONTOYA | Segundo Apellido: GALLEGO | Nombres: JULIAN ANDRES | TI: X | CE | PEP | PPT | No: 9.871.271

Fecha de Nacimiento: 13 10 1981 | Fecha de Expedición Documento: 20 10 1999 | Sexo: M: X | F | NB | Celular: 320 8511131

Cargo: INSPECTOR DE MAQUINARIA | Salario Básico Mensual: 3'720.000 | Fijo: X | Variable | Tipo de Contrato: X | I

Fecha de Ingreso: 08 01 2026 | Correo Electrónico: julian.montoya.maquinaria@gmail.com

Dirección Residencia: FINCA VILLA OLINDA | Barrio/Vereda: VEREDA EL SALITRE | Ciudad/Municipio: LA CALERA | Rural | Urbano: X | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural: X | Urbano | País: COLOMBIA

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro

## SEÑALE CON UNA X

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

## NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

## PERTENENCIA ETNICA

| Afrocolombiano | Indigena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible: X | 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 | Poblacion Zonas Fronteras: X | 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:

Baja 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 , 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 Compensacion 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 podran ejercer sus derechos autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico . Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

Julian A Montoya

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 de la 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 terminos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JULIAN ANDRES MONTOYA GALLEGO** identificado con **CC** No. **9871271**, registra la siguiente información.

| Datos del Empleador | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| NI 901709155 TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Fecha de inicio de cobertura:** 08/01/2026<br>**Estado Afiliación:** Activo<br>**Fecha de Retiro:**<br>**Tipo Vinculación:** DEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 5 |

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá DC. a los 07 días del mes de enero del 2026.

Cordialmente,

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

107208

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:

**JULIAN ANDRES MONTOYA GALLEGO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.871.271**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 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.

102201

# 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 | 9871271 |
| NOMBRES | JULIAN ANDRES |
| APELLIDOS | MONTOYA GALLEGO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EPS SURAMERICANA S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/02/2021 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 01/06/2026 15:45:39 | **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

01460

Inicio Reporte Detallado Reportes Agrupados Ayuda Seguridad

1 de 1 100%

**SISPRO**
Sistema Integral de Información de la Protección Social

**RUAF**
Registro Único de Afiliados

## Afiliaciones de una Persona en el Sistema

**INFORMACIÓN BASICA** Fecha de Corte: 2026-01-02

| Número de Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo |
|---|---|---|---|---|---|
| CC 9871271 | JULIAN | ANDRES | MONTOYA | GALLEGO | M |

**AFILIACIÓN A SALUD** Fecha de Corte: 2026-01-02

| Administradora | Régimen | Fecha Afiliacion | Estado de Afiliación | Tipo de Afiliado | Departamento -> Municipio |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS SURAMERICANA S.A. | Contributivo | 31/10/2023 | Activo | COTIZANTE | BOGOTA D.C. |

**AFILIACIÓN A PENSIONES** Fecha de Corte: 2026-01-02

| Régimen | Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación |
|---|---|---|---|
| PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL | SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA | 2008-01-03 | Inactivo |

**AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES** Fecha de Corte: 2026-01-02

| Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Actividad Economica | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 2025-10-27 | Activa | | |
| SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA | 2012-06-01 | Activa | CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES PARA USO RESIDENCIAL INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A CONSTRUCCIÓN DE CASAS, EDIFICIOS, CAMINOS, FERROCARRILES, PRESAS, CALLES Y/O OLEODUCTOS. | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| CIA DE SEGUROS BOLIVAR SA | 2016-05-29 | Activa | EMPRESAS DEDICADAS A OTRAS ACTIVIDADES EMPRESARIALES NCP INCLUYE OFICINAS DE NEGOCIOS VARIOS TALES COMO COBRANZAS DE CUENTAS, ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN EXCEPTO LAS RELACIONADAS CON BIENES RAÍCES Y NEGOCIOS, ACTIVIDADES DE INTERMEDIACIÓN Y PROMOCIÓN COMERCIAL, SUBASTAS, TRAMITACIÓN DE DOCUMENTOS, ACTIVIDADES DE REDACCIÓN, TRADUCCIÓN E INTERPRETACIÓN, ACTIVIDADES DE MICROFILMACIÓN, ACTIVIDADES DE DEMOSTRACIÓN Y EXHIBICIÓN INCLUSO LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, ACTIVIDADES DE AGENCIAS, DISEÑO DE TELAS PRENDAS DE VESTIR ETC | Norte de Santander- CÚCUTA |

**AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR** Fecha de Corte: 2026-01-02

| Administradora CF | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Tipo de Miembro de la Población Cubierta | Tipo de Afiliado | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|---|
| CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR REGIONAL DEL META COFREM | 2025-10-29 | Activo | Afiliado | Trabajador afiliado dependiente | |

**AFILIACIÓN A CESANTIAS** Fecha de Corte: 2026-01-02

| Régimen | Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|
| CESANTÍAS: ESPECIAL | SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA | 2018-03-20 | VIGENTE | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |
| CESANTÍAS: ESPECIAL | SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA | 2025-02-13 | VIGENTE | Bogotá, D.C.- BOGOTÁ |

**PENSIONADOS** Fecha de Corte: 2026-01-02

No se han reportado pensiones para esta persona.

**VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL** Fecha de Corte: 2026-01-02

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF. CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

**Ministerio de Salud y Protección Social.**
**Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.**

Fecha: 1/6/2026 3:45:01 PM

11240

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 11:34:24 AM horas del 21/10/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **9871271**

Apellidos y Nombres: **MONTOYA GALLEGO JULIAN ANDRES**

**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 REPUBLICA

10212

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 21 de octubre de 2025, a las 11:35:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 9871271 |
| Código de Verificación | 98712712510211135 30 |

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. 282861759

PIB
11:36:07
Hoja 1 de 01

107 713

Bogotá DC, 21 de octubre 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) JULIAN ANDRES MONTOYA GALLEGO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 9871271:

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 Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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

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

Policía Nacional de Colombia

(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, 21/10/2025 11:36:55 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **9871271** y Nombre: **JULIAN ANDRES MONTOYA GALLEGO.**

## 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. **125253576** . 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

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

## Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 40716394-40ea-48af-ab8c-29c15b52f92e

Nombres y apellidos / Full name

**JULIAN ANDRES MONTOYA GALLEGO**

Tipo de identificación / ID Type

**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number

**9 8 7 1 2 7 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth

**13/10/1981**

País nacimiento / Country of birth

**COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number

**3208511131**

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 31 | 12 | 2020 | | V50220014 | LA CALERA CENTRO DE SALUD | Ana Lucia Ramos Avilan |
| COVID JANSSEN | Única | 14 | 7 | 2021 | Janssen | 212A21A | LA CALERA CENTRO DE SALUD | YEIMI ALEXANDRA ALAYON VELASQUEZ |
| COVID JANSSEN | Primer Refuerzo | 26 | 1 | 2022 | Janssen | 201G21A | LA CALERA CENTRO DE SALUD | YEIMI ALEXANDRA ALAYON VELASQUEZ |

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.

10716

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NO. 9.871.271
MONTOYA GALLEGO
APELLIDOS
JULIAN ANDRES
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1981
ZANJON HONDO
BUGA (VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-OCT-1999 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-3100700-00137584 M-0009971271-20081215 0008144000A 1 9924251061

**JULIAN ANDRES MONTOYA GALLEGO**
No. Cédula 9.871.271
Fecha de Nacimiento: 13 de Octubre de 1981
Dirección de Residencia: Vereda el Salitre, Sector la Virgen finca Villa Olinda (La Calera, Cundinamarca)
Teléfonos de Residencia 3208511131
Celular 3208511131
Correo electrónico personal: julian.montoya.maquinaria@gmail.com
Estado Civil Casado



## PERFIL PROFESIONAL

Ingeniero Mecánico, Amplia experiencia en administración de flotas de maquinaria y planes de mantenimiento, Experiencia en gestión de activos, experiencia en creación de Planes estratégicos de Seguridad Vial, además de contar con experiencia con equipos GBM (Guide Boring Machine) y Trenchless, conocimiento del mercado Colombiano en cuantos equipos de Construcción, nivel de inglés intermedio, dominio de software como SINCO, SAP, Software propios de Caterpillar, AutoCAD, paquete Office. Conocimiento del mercado colombiano en cuanto a compra y venta de maquinaria amarilla, equipos de elevación, entre otros. Como objetivo principal considero seguir creciendo profesionalmente y generando aportes importantes en la gestión de mantenimientos y administración de activos.

## EXPERIENCIA LABORAL

**YDN MICROTUNNELING**
Cargo: COORDINADOR DE EQUIPOS GBM
Mayo 2024-Mayo 2025 Tiempo de duración 12 meses

Puesta a punto equipos AUGER BORING y GUIDE BORING MACHINES (GBM).
Capacitación de personal en correcta operación de equipos GBM.
Instalación de 1 Km de Tubería de 900mm (Concreto y GRP) mediante tecnología sin zanja para el proyecto LAGOS DE TORCA comprendido entre las calles 201 y 235 en la ciudad de Bogotá DC.

Teléfono: (57-1) 8053461

**KMA CONSTRUCCIONES SAS**
Cargo: COORDINADOR DE EQUIPOS TRONCAL DEL MAGDALENA 1
Octubre 2023-Marzo 2024 Tiempo de duración 5 meses

Gestión, administración y ejecución de los planes de mantenimiento preventivo y correctivo de toda la flota de maquinaria amarilla y flota de transporte requerida para la ejecución del proyecto Troncal de Magdalena 1; proyecto de 357 Km comprendido entre Puerto Salgar (Cundinamarca) y Barrancabermeja (Santander).

Teléfono: (57-5) 6939255

**OBRAS CIVILES E INMOBILIARIAS S.A**
Cargo: JEFE DE ACTIVOS Y MANTENIMIENTO
Octubre 2015-Junio 2023 Tiempo de duración 8 años

Administración de Activos
Jefatura y supervisión de proyectos GBM
Creación del PESV (Plan estratégico de Seguridad vial)
Creación de plan de mantenimiento Preventivo

Teléfono: (57-1) 6389900

**GECOLSA**
Cargo ESPECIALISTA DE EQUIPOS
Periodo de tiempo. AGOSTO 2013- OCTUBRE 2015 Tiempo de duración 2 años

Configuración equipos, comunicación con fábricas, estudio del mercado para equipos de construcción.
Asesoría clientes equipos de elevación (Grúas)
Configuración de equipos CAT con SisCat y demás software Caterpillar.

Teléfono: (57-1)4055554

**ARIAS SERNA Y SARAVIA SAS**
Cargo RESIDENTE DE EQUIPOS
Periodo de tiempo. Mayo 2012- Agosto 2013 Tiempo de duración 1 año

Administración de Activos
Teléfono: (57-1)2570266

10719

**CONSORCIO GENERACION BOGOTA**
Cargo INGENIERO AUXILIAR MONTAJE
Periodo de tiempo. Febrero 2012 -Mayo 2012 Tiempo de duración 3 meses

Montaje de dos PCH (pequeñas centrales hidroeléctricas) para la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogota

Teléfono: (57-1)3680055

**CONSTRUCTORA FAJARDO NIETO LTDA**
Cargo JEFE DE MAQUINARIA Y EQUIPOS
Periodo de tiempo. Marzo 2009- Julio 2011 Tiempo de duración 2 años

Administración de producción y mantenimiento de maquinaria amarilla

Teléfono: (57-1)6294150

**VELAER LTDA**
Cargo JEFE DE MONTAJES INDUSTRIALES
Periodo de tiempo. Abril 2008- Marzo 2009 Tiempo de duración 1 año

Montaje de equipos industriales para la industria papelera
Teléfono: (57-2)6646269

**GRUPO EMPRESARIAL VARGAS DIAZ**
Cargo JEFE DE MANTENIMIENTO-AUXILIAR DE INGENIERIA
Periodo de tiempo. Enero 2006- Abril 2008 Tiempo de duración 2 año

Administración de los planes de mantenimiento para la empresa Uniaguas S.A E.S.P, Cerete Cordoba.
Diseño de estaciones de bombeo y conducciones de agua potable y residual, en el diseño de una Ptar para el municipio de Tulua (Valle del Cauca)
Puesta en marcha de la Ptar del municipio de Tulua.

Teléfono: (57-2)6656250

## ESTUDIOS REALIZADOS

**UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA**
Ingeniería Mecánica
Enero 1999- Febrero 2007

**COLEGIO DE LA SALLE PEREIRA**
Bachiller Clásico
1998

## OTROS ESTUDIOS

- TEREX CRANES PRODUCTS AND SALES TOOLS 2013

167720

- SERVICIO EN EQUIPOS GENIE 2014
- COMPRESORES PORTATILES NIVEL I 2015

## IDIOMAS

**EF INTERNATIONAL LANGUAGE CENTER, Malta**
Nivel Intermedio
Enero 2011- Marzo 2011

**Cambridge**
Puntaje Obtenido: B1

## SOFTWARE

AUTOCAD
SINCO ERP
SAP
OFFICE

## REFERENCIAS LABORALES

Herlendy Rodriguez.
Director Financiero y Planeación Oceisa.
Teléfono 3208650710

Jaime Fajardo Castillo.
Jefe de Personal Confani ltda..
Teléfono 3187161630

FRANCISCO MOSQUERA:
Jefe de Plantas Uniaguas S.A.E.S.P
Telefono: 3002811018

Ingeniero PHANOR FEIJO:
Ingeobras ltda.
Telefono: 3154105952.

**JULIAN ANDRES MONTOYA GALLEGO**
**C.C. No.9.871.271 de Pereira**
**T.P VL230-54740**

minerva
10-03

ORIGINAL

# HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

09 01 2026

Auxiliar de taller.
Salario Mínimo

## I. INFORMACIÓN GENERAL

Toro Moreno Elder Steven
08 05 2004 Uribe - Meta.
Calle. Carrera 10 Calle 5 A02 Uribe - Meta
310 849 5676
Eldertoro@gmail.com Colombia
Soltero

X 1123 147 246

X Si A2.

## II. PERFIL LABORAL

Bachiller Completo, Tecnico Agropecuario.
Experiencia en Mecanica Basica Ayudante. Experiencia como Auxiliar de Almacen.

## III. INFORMACIÓN PERSONAL

✓

X X X Edwin Conde.

X

X

X

X

19706006

7 702124 007813 >

minerva

REV 02-2024/MP07-2024

107 721

107722

## IV. INFORMACION FAMILIAR

## V. EDUCACION Y APTITUDES

| ESTUDIOS | MES TERMINACIÓN | AÑO TERMINÓ | TÍTULO OBTENIDO | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| Primaria | | | | | |
| Bachillerato | X | X 2022 | Técnico Agropecuario | | |
| Universitarios: Técnicos | | | | | |
| Tecnológicos | | | | | |
| Profesionales | | | | | |
| Postgrados | | | | | |
| Otros: cursos, diplomados, seminarios. | | | | | |
| Otros: cursos, diplomados, seminarios. | | | | | |

OTROS CONOCIMIENTOS: R-Regular B-Bueno MB-Muy bueno

## VI. EXPERIENCIA LABORAL

minerva

10723

## VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas ajenas a familiares o empleadores:

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Nestor Mendoza | Mecanico | | |
| 2. | | | | |

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

| | Nombre | Ocupación | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Maria Monroe | Ama de casa. | Carrera 70 CS A 02. | 3204560933 |
| 2. | | | | |

Autorizo para efectuar verificación de mi hoja de vida en entidades relacionadas:

| Nota importante | Certificación | Firma del solicitante |
|---|---|---|
| | | |

minerva

## VIII. NOTAS ADICIONALES

107424

107725

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.141.246
TORO MORENO
APELLIDOS
EIDER STIVEN
NOMBRES

Eider Toro
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-2004
URIBE
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

09-MAY-2022 URIBE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-5207400-01305679-M-1123141246-20220628 0079895010A 2 8504717772

La República de Colombia

y en su nombre la

# Institución Educativa Rafael Uribe Uribe

Uribe - Meta

Aprobada por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta, según la Resolución No. 6878 del 30 de Octubre del año 2015.

CONFIERE A:

## Kelder Stiven Toro Moreno

identificado (a) con el D.I. No. 1.123.141.246 expedida en Uribe - Meta.

EL TÍTULO DE:

## Bachiller Técnico en Producción Agropecuaria

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica con Especialidad en Producción Agropecuaria, según los planes y programas vigentes.

FIRMADO POR:

Esp. FERNANDO RIAÑO PEÑA
C.C. No. 17.414.550 de Acacías(Meta)
Rector

Esp. ISMENIA GIRALDO LONDOÑO
C.C. No. 40.439.931 de Villavicencio (Meta)
Auxiliar Administrativa

Anotado al Folio 048 Libro de Registro No.002 Acta No.015

Dada en Uribe (Meta), el día (02) del mes de diciembre de 2022.

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.

107727

REGIONAL META
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META

# ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 74399174 - 26/11/2022

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CONSIDERANDO

**Que: EIDER STIVEN TORO MORENO. Con Cédula de Ciudadanía No. 1123141246**

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

# TÉCNICO EN PRODUCCION AGROPECUARIA

En constancia de lo anterior se firma la presente en La Uribe. a los veintiseis (26) dias del mes de noviembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

BELISARIO GOMEZ PERDOMO
Subdirector CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
REGIONAL META

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 9117002279709CC1123141246A

Inscripción DANE 150370000010

## Acta Individual de Grado

# Institución Educativa Rafael Uribe Uribe

Uribe - Meta

En el **municipio de Uribe (Meta)** el día (02) del mes de Diciembre del año 2022, se formaliza la graduación de los estudiantes de último grado, el suscrito Rector y la Auxiliar Administrativa de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA RAFAEL URIBE URIBE,** Institución aprobada en el nivel de Educación Media Técnica, autorizada por la Secretaría de Educación del departamento del Meta, según **Resolución No. 6878 del 30 de Octubre del año 2015,** para otorgar el **TÍTULO DE BACHILLER TÉCNICO EN PRODUCCIÓN AGROPECUARIA.**

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes el nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el **TÍTULO DE BACHILLER TÉCNICO EN PRODUCCIÓN AGROPECUARIA** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

*Heider Stiven Toro Moreno*

Identificado (a) con el D.I. No. 1.123.141.246 expedida en Uribe - Meta.

Es fiel copia tomada del Acta General No. ( 015) de fecha 2 de Diciembre del año 2022, que consta de 56 estudiantes graduandos, que comienza con los nombres y apellidos de LEIDY JOHANNA AGUDELO ARDILA y se cierra con los nombres y apellidos de JHOJAN ESTIVEN YUNDA CHACÓN.

Firmado por Esp. FERNANDO RIAÑO PEÑA (Rector) y Esp. ISMENIA GIRALDO LONDOÑO (Auxiliar Administrativa).

Dada en Uribe (Meta) el día (02) del mes de Diciembre del año 2022.

No requiere Registro de Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.

FIRMADO POR:

Esp. FERNANDO RIAÑO PEÑA
C.C. No. 17.414.550 de Acacías(Meta)
Rector

Esp. ISMENIA GIRALDO LONDOÑO
C.C. No. 40439.931 de Villavicencio (Meta)
Auxiliar Administrativa

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 288104730

PIB
18:05:49
Hoja 1 de 01

(0779)

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) EIDER STIVEN TORO MORENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1123141246:

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 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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

10780

# 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 18:04:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1123141246 |
| Código de Verificación | 1123141246260108180448 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 06:04:22 PM horas del 08/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1123141246**

Apellidos y Nombres: **TORO MORENO EIDER STIVEN**

**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

107 732

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.141.246
TORO MORENO
APELLIDOS
EIDER STIVEN
NOMBRES

Eider Toro
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-2004
URIBE
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

O-
G.S. RH

M
SEXO

09-MAY-2022 URIBE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-5207400-01305679-M-1123141246-20220628 0079895010A 2 8504717772

107 733

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4016158813 | 2\|1\|0\|1\|2\|0\|2\|6 |

## I. DATOS DEL TRAMITE

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



| 1.tipo de tramite | 2 Tipo afiliacion | 3.Regimen | 4.Contribucion Solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliacion ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | A. Individual -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ | Si ☐ No ☒ |

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

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

**A. AFILIACIÓN**

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| TORO (Primer apellido) | MORENO (Segundo apellido) | EIDER (Primer nombre) | STIVEN (Segundo nombre) |

| 9.Tipo documento de identidad | 10.Numero del documento de identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1123141246 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | D\|6\|0\|5\|2\|0\|0\|4 |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | |
|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | País: COLOMBIA | Departamento: META | Municipio: RESTREPO | |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL | 1750905 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CR 10 A 5 02 | | 3133912634 | EIDERTORO@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| RISARALDA | PEREIRA | 178 | Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐ |

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

Datos basicos de identificación del conyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Numero documento identidad | 30. Sexo biologico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | | País | Departamento | Municipio | |

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

| | 35. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | 40.Sexo Identificación | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino/Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | País | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio/Distrito | Zona | | | | Teléfono Fijo y/o celular | 52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera municipal | Centro poblado | Rural dispersa | Resto rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | VS EL LAGO - VS USD SAN NICOLAS | VSELLAGO - VSUDSNICOL |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

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

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de identificación | 57. Numero de documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| TRITURADOS SAN JOSE SAS | NIT | 901709155 | 01 |

| 59.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| KM 6 500 VIA URIBE LA JULIA (Dirección) | 6783938 (Telefono fijo o celular) | TSJ@CLP.COM.CO (Correo electrónico) | META (Departamento) | LA URIBE (Municipio/distrito) |

107934.

| No de Radicacion |
|---|
| 4016158813 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: A. Mismo régimen / B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

| 61. Datos básicos de la identificación: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | 62. Sexo biológico: Femenino / Masculino | 63. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cual | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de Novedad | 67. Motivo de traslado Código: | 68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 13/01/2026 | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga sobre y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

| Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |
|---|---|
| | |

## IX. FIRMAS

Eider Steven Toro

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

## X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [0]
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

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

| 92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio | Código del Departamento | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|---|
| | | |

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

| 94. Apellidos y Nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | 95. Fecha del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

| 96. Fecha de Radicación | 97. Fecha de Validación |
|---|---|
| | |

Observaciones

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

Cofrem

**FORMATO**
**"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"**

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

**2026/01/19** **8:24 am** **Radicado:** 3709314

**Recibe:** CLAUDIA PATRICIA RIAÑO RUIZ
**Clasificación:** REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 94

**Información Empresa:**

**Nit:** 901709155 **Telefono:**0

**Razón Sócial:** TRITURADOS SAN JOSÉ SAS

**Tipo Aportante:** 1 EMPLEADOR APORTE 4%

**Información Solicitante:**

**Documento:** 1123141246 **Telefono:** 0
**Nombre:** TORO MORENO EIDER STIVEN

**Dependencia:**
DIVISION DE SUBSIDIOS

## Documentos Presentados:

- **[illegible]a cédula de ciudadanía**

  1123141246 EIDER STIVEN TORO MORENO

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1123141246 EIDER STIVEN TORO MORENO

## Observaciones:

2F REACTIVACION
POR CORREO tsj@clp.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 serdliente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

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

Vigilado Supersubsidio

10435

102236

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: 15 01 2026 | Afiliación primera vez: | Adicion personas a cargo: X | Reafiliacion: | Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT: X | CC: | CE: | No: 901.709.155-6

Dirección Principal Empleador: KM 6+500 VÍA URIBE LA JULIA | Celular: 3102690706

## DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: TORO | Segundo Apellido: MORENO | Nombres: EIDER STIVEN | CC: X | TI: | CE: | PEP: | PPT: | No: 1.123.141.246

Fecha de Nacimiento: 08 05 2004 | Fecha de Expedición Documento: 09 05 2022 | Sexo: M: X | F: | NB: | Celular: 310 8495676

Cargo: AUXILIAR DE MECANICO | Salario Básico Mensual: 1'750.905 | Fijo: X | Variable: | Tipo de Contrato: X | I:

Fecha de Ingreso: 13 01 2026 | Correo Electrónico: eidertoro@gmail.com

Dirección Residencia: Carrera 10 No 5A - 02 | Barrio/Vereda: CENTRO | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural: | Urbano: X | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: KM 6+500 VIA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural: X | Urbano: | País: COLOMBIA

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

## SEÑALE CON UNA X

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

## NIVEL DE ESCOLARIDAD

| Preescolar | Básica | Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adulto | | Media Adultos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1º Infancia | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional Universitario | Posgrado/Maestria | Secundaria Normalista | Ninguno | Información No Disponible: X |

## PERTENENCIA ETNICA

| Afrocolombiano | Indigena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible: X | 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: X |
|---|---|---|---|---|---|
| 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:

Baja la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mi 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 segun 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 [redacted], 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 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 Compensacion, 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 [redacted]. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

Eider Stiven Toro

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 de la 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:

10237

CER_AFI_2026008340551

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

Eider Stiven Toro Moreno identificado con CC. 1123141246 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón Social** | TRITURADOS SAN JOSE SAS | **Tipo y Numero de Documento** | NI - 901709155 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2026/01/13 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 5 | **Código Actividad Económica** | 5081105 |

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de enero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC10012026N1123141246A417960.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

Colpensiones

102238

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EIDER STIVEN TORO MORENO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1123141246,** se encuentra afiliado/a desde **15/07/2024** 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 21 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.

10239

# 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 | 1123141246 |
| NOMBRES | EIDER STIVEN |
| APELLIDOS | TORO MORENO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | RISARALDA |
| MUNICIPIO | PEREIRA |

**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. - CM | SUBSIDIADO | 01/09/2024 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 01/21/2026 15:41:07 | **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".

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.123.141.246
TORO MORENO
APELLIDOS
EIDER STIVEN
NOMBRES

Eider Toro
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-2004
URIBE
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

O-
G.S. RH

M
SEXO

09-MAY-2022 URIBE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-5207400-01305679-M-1123141246-20220628 0079895010A 2 8504717772

10741

# ANEXO 3. REGISTRO INDUCCIONES

2447201

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-04<br>REVISION: 1 |
|---|---|---|
| CV | CERTIFICADO DE INDUCCIÓN | FECHA: 13/02/2020<br>PAGINA: 1 DE 1 |

Datos del trabajador:
NOMBRE ANA Milena M. A. FECHA DE INDUCCIÓN 01 20 2026
CARGO Controladora Vial
OBRA CVCO FECHA DE INGRESO 21-01-26

## DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

**PROCESO-RECURSOS HUMANOS:**
Socialización y entrega de copia:

| | SE ENTREGO SI | SE ENTREGO NO |
|---|---|---|
| Perfil de Cargo y/o funciones | SI | |
| Contrato | SI | |
| Afiliación a Salud | SI | |
| Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales | SI | |
| Certificado Pensión | SI | |
| Afiliación a Pensión | SI | |
| Afiliación Caja de Compensación | SI | |
| Reglamento Interno de Trabajo | SI | |
| Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante | SI | |
| DURACION EN HORAS | 1h | |

Nombre de quien realiza

## CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

**PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ**
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

| | SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|---|
| | SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | 1h | |

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

| | SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|---|
| | SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | 1h | |

Nombre de quien realiza Edna Katherine Garzon

## CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

**PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR** OPERATIVO

| | SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|---|
| | SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | 1h | |

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

## AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo. ANA Milena Hoyos M. A., identificado con cédula de ciudadanía No 1123142993 de Uribe, Meta autorizó a mi EMPLEADOR CVCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

## COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constancia se firma en la ciudad de Uribe a los 20 días del mes de ENERO de 2026

FIRMA DEL EMPLEADO

1123142993
NÚMERO DE CEDULA

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-32 |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 0 |
| | AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES | FECHA: 06-08-2024 |
| | | PAGINA: 1 DE 1 |

1027443

El(la) suscrito(a) ANA Milena Moyano ANGULO identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1123142993 expedida en Uribe Meta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 20 de enero del 2026

**Firma:** [signature]

**Nombre:** ANA Milena Moyano ANGULO

**Cédula:** 1123142993

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-19<br>REVISIÓN: 2 |
|---|---|---|
| | AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES | FECHA: 20-02-2020<br>Página 1 de 1 |

1074401

## AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

ANA Milena Moyano Angulo, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envio de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 20 días del mes de enero de 20 26

FIRMA: _____

NOMBRE: ANA Milena

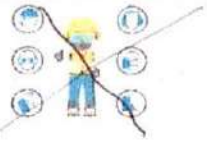
CÉDULA: 1123142993

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-08-(A) |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | REVISION: 6 |
| | | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PAGINA:1 de 5 |

**Fecha:** 26 Junio 2026 **Nombres y apellidos:** ANA Milena Moyano A **Cargo :** Controladora via **Calificación:** 100%

**Fecha de Ingreso:** **Centro de Trabajo:** **Proceso**

**1.** Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral



Con el uso correcto de los elementos de protección Individual



Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal



Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral



Realizar nuestras actividades sin señalización

**2.** Señale con una X, los valores de los trabajadores de C V C O




Honestidad




Responsabilidad




Pertenencia



Egoismo

**3.** Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad



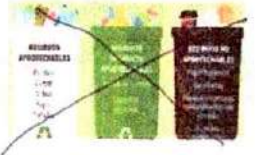
Calidad en el trabajo que realizamos



Dejar la basura donde sea



Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad



Disponer adecuadamente los residuos

**4.** Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo



No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo



Consumiendo alcohol en lugar de trabajo



No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo



No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo

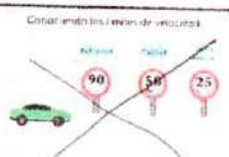
107745

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-06 (A) |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | REVISIÓN: 6 |
| | | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PÁGINA 2 de 5 |

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial



Respetando las señales de transito



Conociendo y respetando los límites de velocidad



Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas



Con el correcto uso del cinturon de seguridad

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de



No interferir en los casos de acoso laboral



Recibir, presente quejas que se puedan constituir acoso laboral situaciones que



Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias



Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa



Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad



Política de Desconexión Laboral



Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial



Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

8. EL Comité de Pantano de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:



Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo



Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada



Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, Incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia



Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

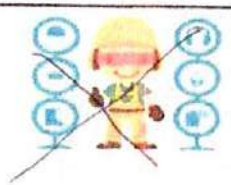
107746

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 6 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | FECHA: 20-06-2024 |
| | | PAGINA 5 de 5 |

**9.** ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:




PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV



PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS



PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

**11.** Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para



Reducir el riesgo para la salud



Laborar con seguridad en el lugar de trabajo



Reducir la probabilidad de una lesión

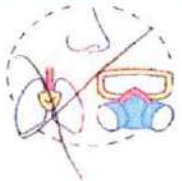


Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

**10.** ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



PVE BIOMECANICO



PVE RESPIRATORIO



PVE AUDITIVO



PVE MEDIO AMBIENTE

**12.** Señale con una X, deberes de la ARL




Fomento de estilos de vida saludables.



Capacitación básica para Brigadas de Emergencia



Vigilancia y control a sus empresas afiliadas




Asesoría técnica

107747

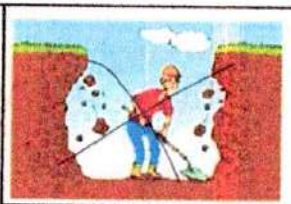
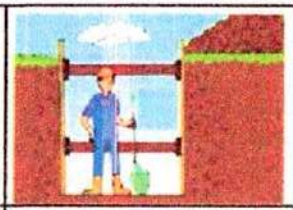
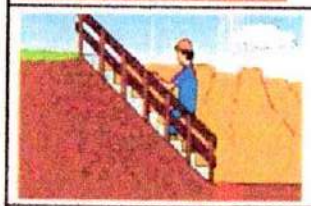
| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-06 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 6 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | FECHA: 25-06-2024 |
| | | PAGINA 4 de 5 |

13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



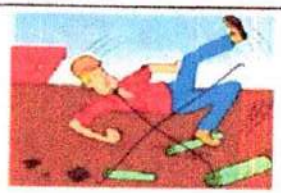



14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura


15. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro






16. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro







107748

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 8 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PAGINA 5 de 5 |

**17.** Identifique con:

**1.** Los mecanismos de participación
**2.** Los procedimientos seguros

2 LISTA DE CHEQUEO



7 CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

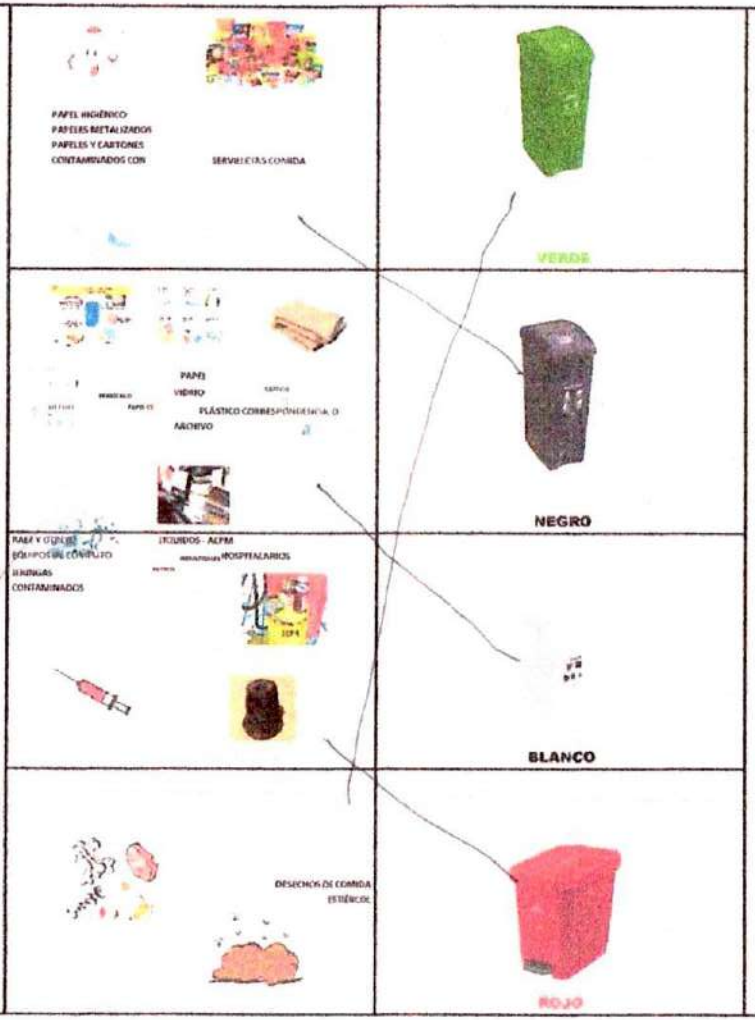


7 TU PARTICIPACIÓN CUENTA



2 PERMISO DE TRABAJO

**18.** Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer




107249

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-04<br>REVISION: 1 |
|---|---|---|
| CX | CERTIFICADO DE INDUCCIÓN | FECHA: 13/02/2020<br>PAGINA: 1 DE 1 |

Datos del trabajador:

NOMBRE Andrea Camila Vera FECHA DE INDUCCIÓN 21-01-26

CARGO Ingeniero Apoy. Administrativa

OBRA C.V.C.O FECHA DE INGRESO 21-01-26

## DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

**PROCESO-RECURSOS HUMANOS:**

Socialización y entrega de copia:

| | SE ENTREGO SI | SE ENTREGO NO |
|---|---|---|
| Perfil de Cargo y/o funciones | SI | |
| Contrato | SI | |
| Afiliación a Salud | SI | |
| Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales | SI | |
| Certificado Pensión | SI | |
| Afiliación a Pensión | SI | |
| Afiliación Caja de Compensación | SI | |
| Reglamento Interno de Trabajo | SI | |
| Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante | SI | |
| DURACION EN HORAS | 1h | |

Nombre de quien realiza

## CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

**PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ**

Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h | |

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h | |

Nombre de quien realiza Ricardo Reyes Ospina

## CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

**PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR** OPERATIVO

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h | |

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza Inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

## AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Andrea Camila Vera, identificado con cédula de ciudadanía No 1121922449 de Villavicencio, autorizó a mi EMPLEADOR C.V.C.O, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.

Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

## COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.

Para constancia se firma en la ciudad de Villavicencio a los 21 días del mes de 01 de 2026.

FIRMA DEL EMPLEADO

1121922449
NÚMERO DE CEDULA

1027402

| | | |
|---|---|---|
| | **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** | CODIGO: FOR-RH-19<br>REVISIÓN: 2 |
| | AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES | FECHA: 20-02-2020<br>Página 1 de 1 |

(0775)

## AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Andrea Camila vera, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 21 días del mes de 01 de 2020.

FIRMA: _____

NOMBRE: Andrea Camila Vera

CÉDULA: 1121922 449

1077852

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-32 |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 0 |
| | AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES | FECHA: 06-08-2024 |
| | | PAGINA: 1 DE 1 |

El(la) suscrito(a) Andrea Camila Vera identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1121922449 expedida en Villavicencio, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 21 de 01 del 2025

**Firma:** _____

**Nombre:** Andrea Camila Vera

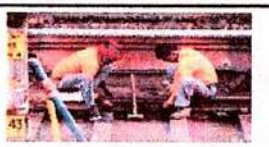
**Cédula:** 1121 922 449

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 6 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | FECHA: 26-08-2024 |
| | | PAGINA:1 de 5 |

Fecha: 21/01/26 Nombres y apellidos: Andrea Camila Vera Cargo: Ingeniera Auxiliar. Calificación: 100.

Fecha de Ingreso: 21/01/26 Centro de Trabajo: Proceso

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral

| | |
|---|---|
|  Con el uso correcto de los elementos de protección Individual |  Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal |
|  Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral |  Realizar nuestras actividades sin señalización |

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O

| | |
|---|---|
|   Honestidad |   Responsabilidad |
|   Pertenencia |  Egoismo |

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad

| | |
|---|---|
|  Calidad en el trabajo que realizamos |  Dejar la basura donde sea |
|  Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad |  Disponer adecuadamente los residuos |

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo

| | |
|---|---|
|  No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo |  Consumiendo alcohol en lugar de trabajo |
|  No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo |  No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo . |

107753

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial




Respetando las señales de transito




Conociendo y respetando los límites de velocidad



Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.



Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa




Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad



Política de Desconexión Laboral



Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial



Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:



No interferir en los casos de acoso laboral



Recibir, presente quejas que se situaciones que puedan constituir acoso laboral.



Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.



Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:



Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.



Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada



Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.



Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

107754

**9.** ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:




PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV



PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS

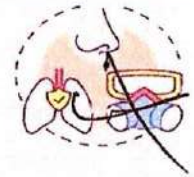


PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

**10.** ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



PVE BIOMECANICO



PVE RESPIRATORIO



PVE AUDITIVO



PVE MEDIO AMBIENTE

**11,** Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:



Reducir el riesgo para la salud



Laborar con seguridad en el lugar de trabajo



Reducir la probabilidad de una lesión



Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

**12,** Señale con una X, deberes de la ARL




Fomento de estilos de vida saludables.



Capacitación básica para Brigadas de Emergencia.



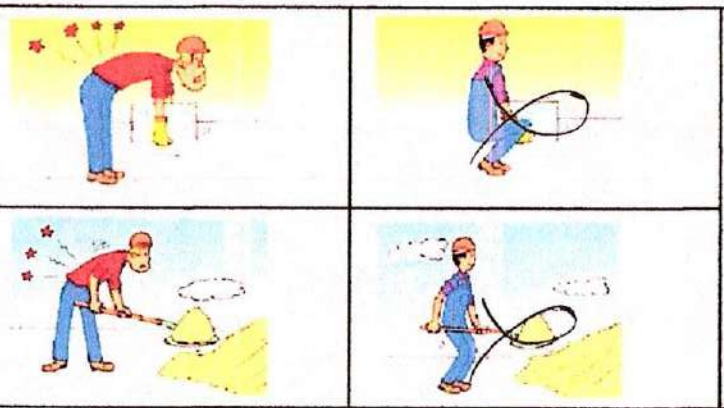
Vigilancia y control a sus empresas afiliadas.



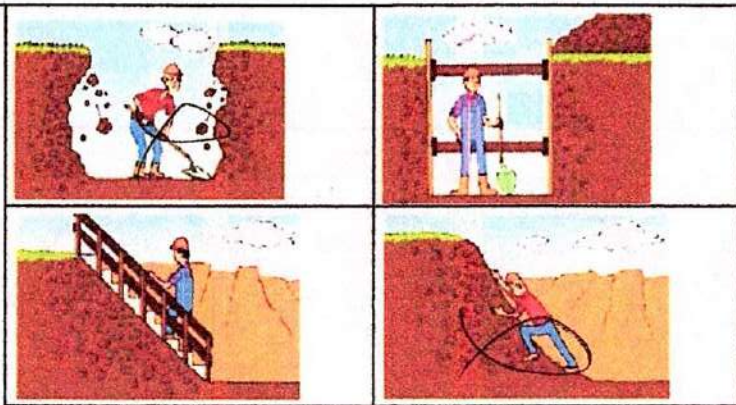

Asesoría técnica.

107755

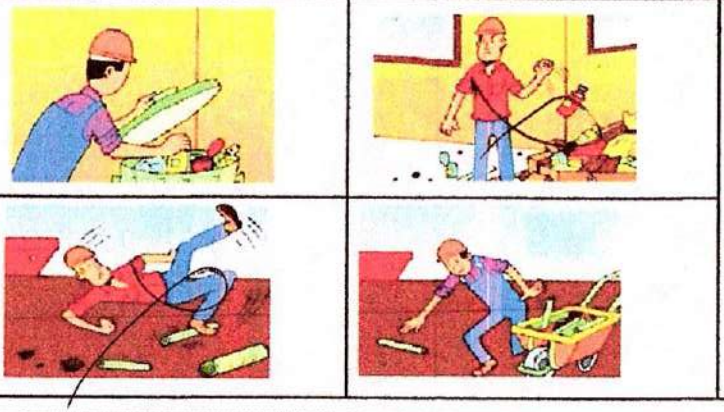
**13.** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



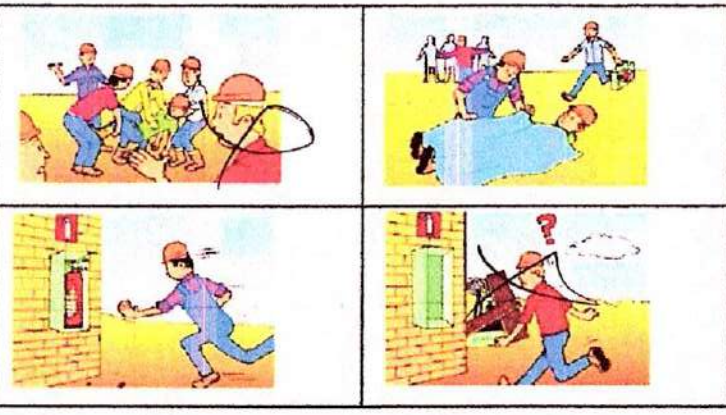
**14.** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



**15,** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



**16,** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



107756

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 6 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PÁGINAS de 5 |

**17.** Identifique con: 1. Los mecanismos de participación
2. Los procedimientos seguros

2 LISTA DE CHEQUEO



1 CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

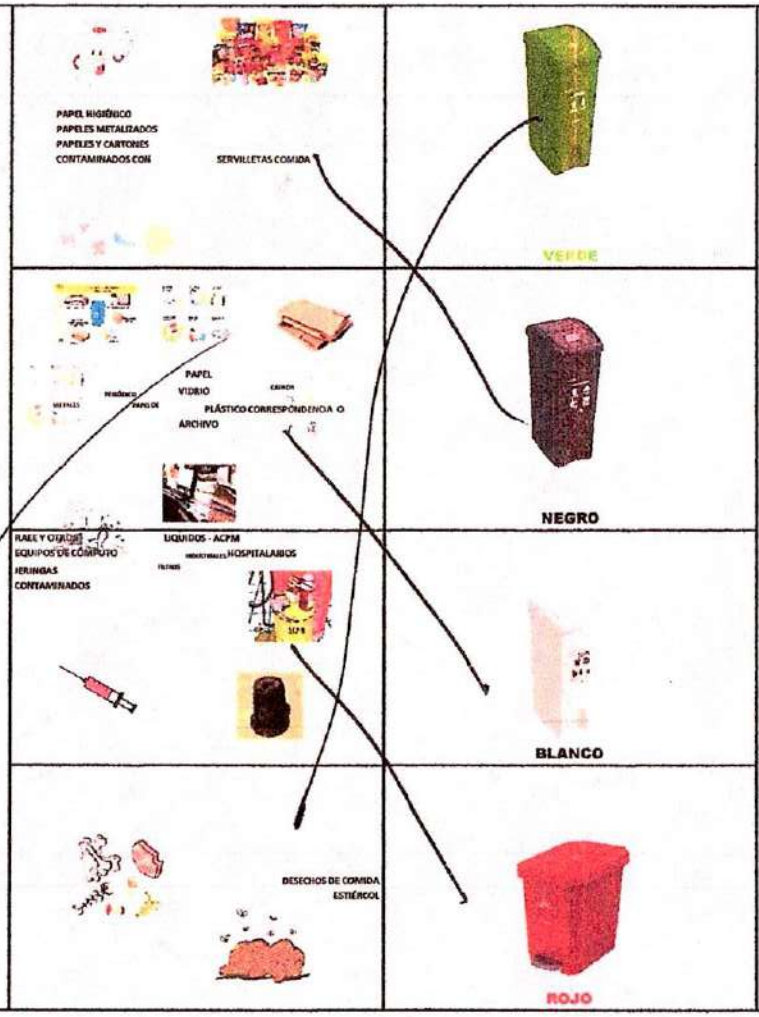


1 TU PARTICIPACIÓN CUENTA



2 PERMISO DE TRABAJO

**18.** Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer




107757

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-04<br>REVISION: 1 |
|---|---|---|
| CV | CERTIFICADO DE INDUCCIÓN | FECHA: 13/02/2020<br>PAGINA: 1 DE 1 |

Datos del trabajador:
NOMBRE Jely Juliana Bedoya FECHA DE INDUCCIÓN 19/Enero/2026.
CARGO Aux. Recursos Humanos.
OBRA C.V.C.O FECHA DE INGRESO 19/Enero/2026.

**DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN**

**PROCESO-RECURSOS HUMANOS:**
Socialización y entrega de copia:

| | SE ENTREGO SI | SE ENTREGO NO |
|---|---|---|
| Perfil de Cargo y/o funciones | X | |
| Contrato | X | |
| Afiliación a Salud | X | |
| Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales | X | |
| Certificado Pensión | X | |
| Afiliación a Pensión | X | |
| Afiliación Caja de Compensación | X | |
| Reglamento Interno de Trabajo | X | |
| Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante | X | |
| DURACION EN HORAS | 1h. | |

Nombre de quien realiza

**CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ**

**PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ**
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad Industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| X | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h. | |

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| X | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h. | |

Nombre de quien realiza Ricardo Raya D.

**CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO**

**PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO**

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| X | |
| 1h. | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h. | |

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

**AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA**

Yo, Jely Juliana Bedoya, identificado con cédula de ciudadanía No 1.006.692.007 de Granada Meta autorizó a mi EMPLEADOR C.V.C.O., para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

**COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS**

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constancia se firma en la ciudad de Urbe Meta a los 19 días del mes de Enero de 2026.

FIRMA DEL EMPLEADO

1006.692.007
NÚMERO DE CEDULA

8577

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-19<br>REVISIÓN: 2 |
|---|---|---|
| | AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES | FECHA: 20-02-2020<br>Página 1 de 1 |

1027459

**AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES**

Jeiky Juliana Bedoya Duarte, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 19 días del mes de Enero de 2026.

FIRMA: _____

NOMBRE: Jeiky Juliana Bedoya

CÉDULA: 1.006697.007

| | | |
|---|---|---|
| | **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** | CODIGO: FOR-RH-32 |
| | | REVISIÓN: 0 |
| | AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES | FECHA: 06-08-2024 |
| | | PAGINA: 1 DE 1 |

107760

El(la) suscrito(a) Jerly Juliana Bedoya Duarte identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1.006.692.007 expedida en Granada Meta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 19 de Enero del 2026.

**Firma:**

**Nombre:** Jerly Juliana Bedoya.

**Cédula:** 1.006.692.007.

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 6 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PAGINA:1 de 5 |

**Fecha:** 19/01/2026. **Nombres y apellidos:** Jeily Juliana Becerra **Cargo:** Aux. Recursos Humanos **Calificación:**

**Fecha de ingreso:** 19/01/2026. **Centro de Trabajo:** Urbe Meta. **Proceso**

**1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral**

| | |
|---|---|
| X  Con el uso correcto de los elementos de protección individual |  Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal |
| X  Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral |  Realizar nuestras actividades sin señalización |

**2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O**

| | |
|---|---|
| X   Honestidad | X   Responsabilidad |
| X   Pertenencia |  Egoismo |

**3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad**

| | |
|---|---|
| X  Calidad en el trabajo que realizamos |  Dejar la basura donde sea |
| X  Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad |  Disponer adecuadamente los residuos |

**4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo**

| | |
|---|---|
| X  No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo |  Consumiendo alcohol en lugar de trabajo |
| X  No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo | X  No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo . |

107761

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Politica de seguridad vial

| | |
|---|---|
|  Respetando las señales de transito |  Conociendo y respetando los límites de velocidad |
|  Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas. |  Con el correcto uso del cinturon de seguridad. |

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa

| | |
|---|---|
|  Politica del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad |  Política de Desconexión Laboral |
|  Politica prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial |  Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género |

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:

| | |
|---|---|
|  No interferir en los casos de acoso laboral |  Recibir, presente quejas que se situaciones que puedan constituir acoso laboral. |
|  Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias. |  Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal. |

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:

| | |
|---|---|
|  Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo. |  Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada |
|  Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia. |  Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral |

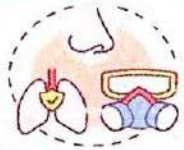
107762

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 6 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PÁGINA:3 de 5 |

**9.** ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:

| | |
|---|---|
|  PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV |  PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL |
|  PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS |  PROGRAMA DE RIESGO MECANICO |

**10.** ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?

| | |
|---|---|
|  PVE BIOMECANICO |  PVE RESPIRATORIO |
|  PVE AUDITIVO |  PVE MEDIO AMBIENTE |

**11,** Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:

| | |
|---|---|
|  Reducir el riesgo para la salud |  Laborar con seguridad en el lugar de trabajo |
|  Reducir la probabilidad de una lesión |  Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo |

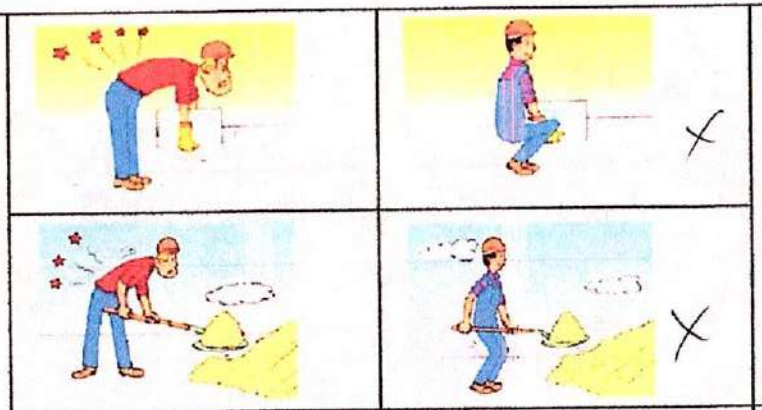
**12,** Señale con una X, deberes de la ARL

| | |
|---|---|
|  Fomento de estilos de vida saludables. |  Capacitación básica para Brigadas de Emergencia. |
|  Vigilancia y control a sus empresas afiliadas. |  Asesoría técnica. |

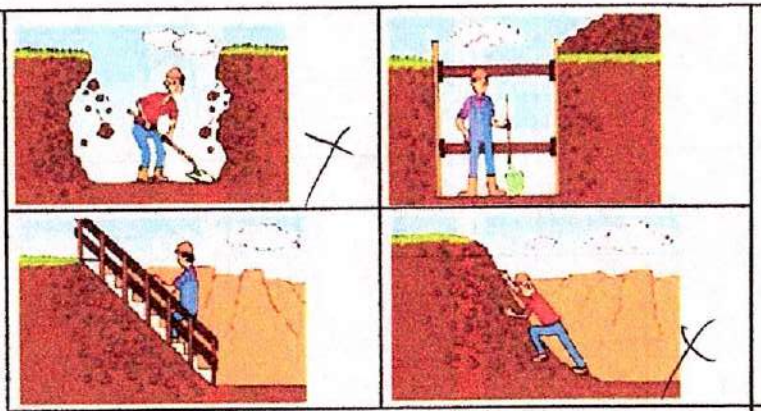
107763

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | REVISIÓN: 6 |
| | | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PAGINA: 4 de 5 |

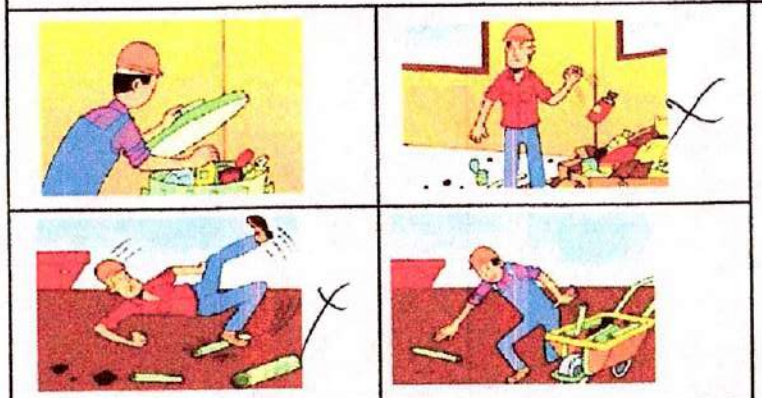
13. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



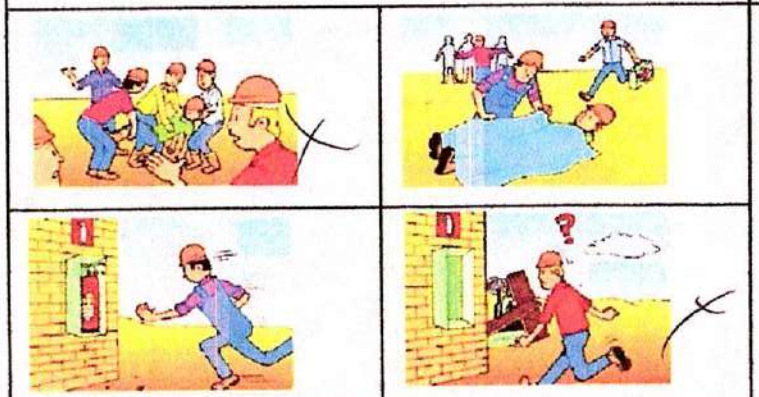
14. Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



15, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



16, Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



107764

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 6 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PAGINA: 5 de 5 |

**17.** Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación **2.** Los procedimientos seguros

2 LISTA DE CHEQUEO



1 CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

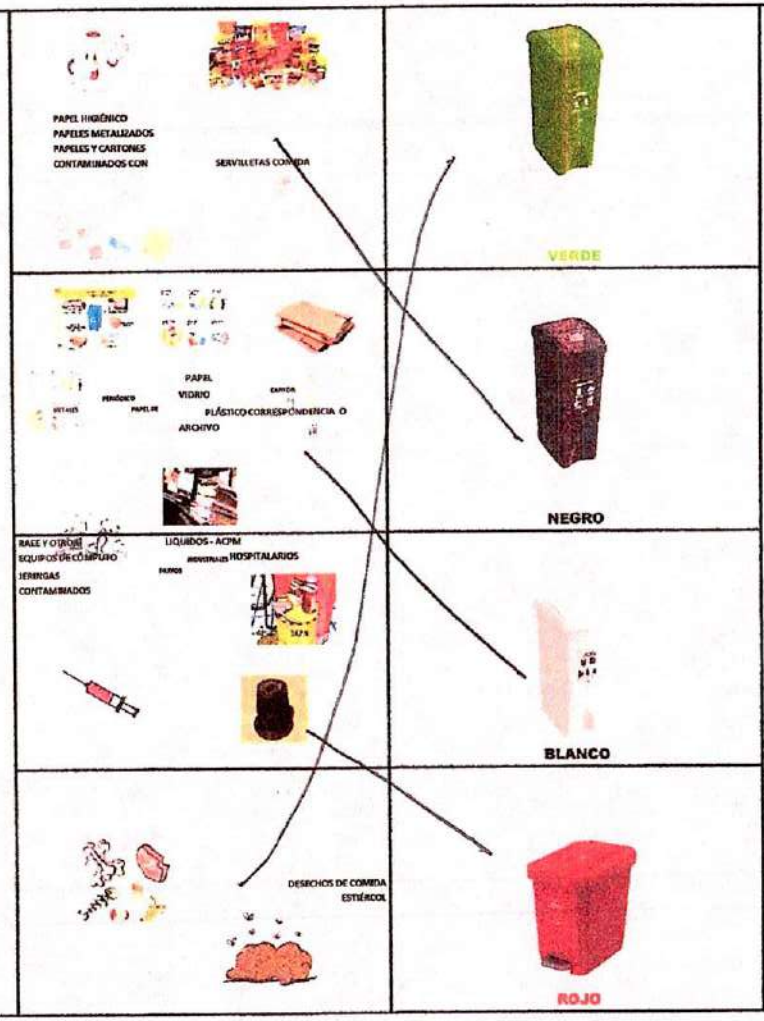


1 TÚ PARTICIPACIÓN CUENTA



2 PERMISO DE TRABAJO

**18.** Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer




107765

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-04 |
|---|---|---|
| | | REVISION: 1 |
| | CERTIFICADO DE INDUCCIÓN | FECHA: 13/02/2020 |
| | | PAGINA: 1 DE 1 |

Datos del trabajador:
NOMBRE Paola Andrea Uitoma FECHA DE INDUCCIÓN 19-01-2026
CARGO Controladora Vial
OBRA CVCO FECHA DE INGRESO 21-01-2026

**DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN**

**PROCESO-RECURSOS HUMANOS:**
Socialización y entrega de copia:

| | SE ENTREGO SI | SE ENTREGO NO |
|---|---|---|
| Perfil de Cargo y/o funciones | SI | |
| Contrato | SI | |
| Afiliación a Salud | SI | |
| Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales | SI | |
| Certificado Pensión | SI | |
| Afiliación a Pensión | SI | |
| Afiliación Caja de Compensación | SI | |
| ~~Reglamento Interno de Trabajo~~ | SI | |
| Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante | SI | |
| DURACION EN HORAS | 1h | |

Nombre de quien realiza

**CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ**

**PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ**
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h | |

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h | |

Nombre de quien realiza Edna Katherine Garza S.

**CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO**

**PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR** OPERATIVO

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h | |

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

**AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA**

Yo, Paola Andrea Uitoma M., identificado con cédula de ciudadanía No 1006839507 de Cubarral Meta, autorizó a mi EMPLEADOR CVCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

**COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS**

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constancia se firma en la ciudad de Cubarral a los 19 días del mes de 01 de 2026.

FIRMA DEL EMPLEADO

1006839507
NÚMERO DE CEDULA

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-19<br>REVISIÓN: 2 |
|---|---|---|
| | AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES | FECHA: 20-02-2020<br>Página 1 de 1 |

1077662

## AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Paola Andrea Ustonas M., identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoria internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 19 días del mes de Enero de 2020.

FIRMA: _____

NOMBRE: Paola Andrea Ustonas

CÉDULA: 1006539501

107768

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-32 |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 0 |
| | AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES | FECHA: 06-08-2024 |
| | | PAGINA: 1 DE 1 |

El(la) suscrito(a) Paola Andrea Urbanos Mascur identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1006839501 expedida en Uribe Meta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 19 de Enero del 2026.

**Firma:** _____

**Nombre:** Paola Andrea Urbanos

**Cédula:** 1006839501

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-05 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 6 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | FECHA: 20-06-2024 |
| | | PAGINA:1 de 5 |

Fecha: 19-01-2026 Nombres y apellidos: Paola Andrea Urbano Cargo: Contratadora Vial Calificación: 90-/-

Fecha de Ingreso: 21-01-2026 Centro de Trabajo: CVCO Proceso Operativo

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral

| | | |
|---|---|---|
|  | X |  |
| Con el uso correcto de los elementos de protección Individual | | Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal |
|  | X |  |
| Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral | | Realizar nuestras actividades sin señalización |

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O

| | | |
|---|---|---|
|   | X |   |
| Honestidad | | Responsabilidad |
|   | X |  |
| Pertenencia | | Egoismo |

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad

| | | |
|---|---|---|
|   | X |  |
| Calidad en el trabajo que realizamos | | Dejar la basura donde sea |
|  | X |  |
| Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad | | Disponer adecuadamente los residuos |

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo

| | | |
|---|---|---|
|  | X |  |
| No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo | | Consumiendo alcohol en lugar de trabajo |
|  | X |  |
| No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo | | No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo . |

107769.

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial

| | |
|---|---|
|   Respetando las señales de transito X |   Conociendo y respetando los límites de velocidad X |
|  Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas. |  Con el correcto uso del cinturon de seguridad. |

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa

| | |
|---|---|
|   Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad X |  Política de Desconexión Laboral |
|  Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial X |  Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género |

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:

| | |
|---|---|
|  No interferir en los casos de acoso laboral |  Recibir, presente quejas que se situaciones que puedan constituir acoso laboral. X |
|  Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias. X |  Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal. X |

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:

| | |
|---|---|
|  Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo. X |  Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada |
|  Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia. X |  Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral |

107770

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-06 (A) |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | REVISIÓN: 6 |
| | | FECHA: 28-06-2024 |
| | | PAGINA:3 de 5 |

**9.** ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:




X

PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV



X

PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL



X

PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS



X

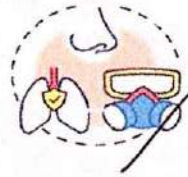
PROGRAMA DE RIESGO MECANICO

**10.** ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?



X

PVE BIOMECANICO



X

PVE RESPIRATORIO



X

PVE AUDITIVO



PVE MEDIO AMBIENTE

**11,** Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:



X

Reducir el riesgo para la salud



X

Laborar con seguridad en el lugar de trabajo



X

Reducir la probabilidad de una lesión



Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo

**12,** Señale con una X, deberes de la ARL




Fomento de estilos de vida saludables.



X

Capacitación básica para Brigadas de Emergencia.



X

Vigilancia y control a sus empresas afiliadas.




Asesoría técnica.

107-771

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 8 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PAGINA:4 de 5 |

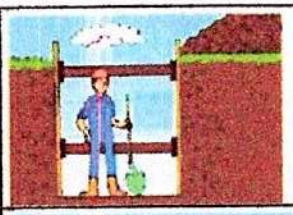
**13.** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



X



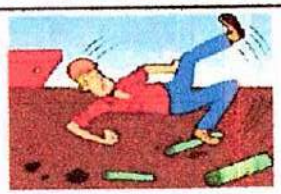
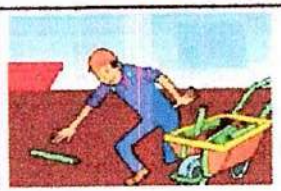
**14.** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura


X

X



**15,** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



X

X


**16,** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro


X


X


107772

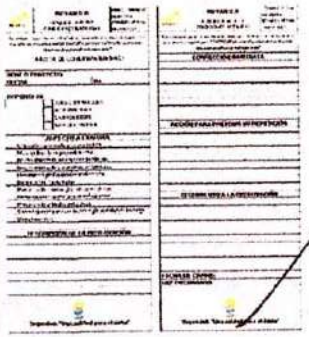
| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-05 (A) |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | REVISIÓN: 6 |
| | | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PAGINA:5 de 5 |

**17.** Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación
**2.** Los procedimientos seguros

2 LISTA DE CHEQUEO



1 CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

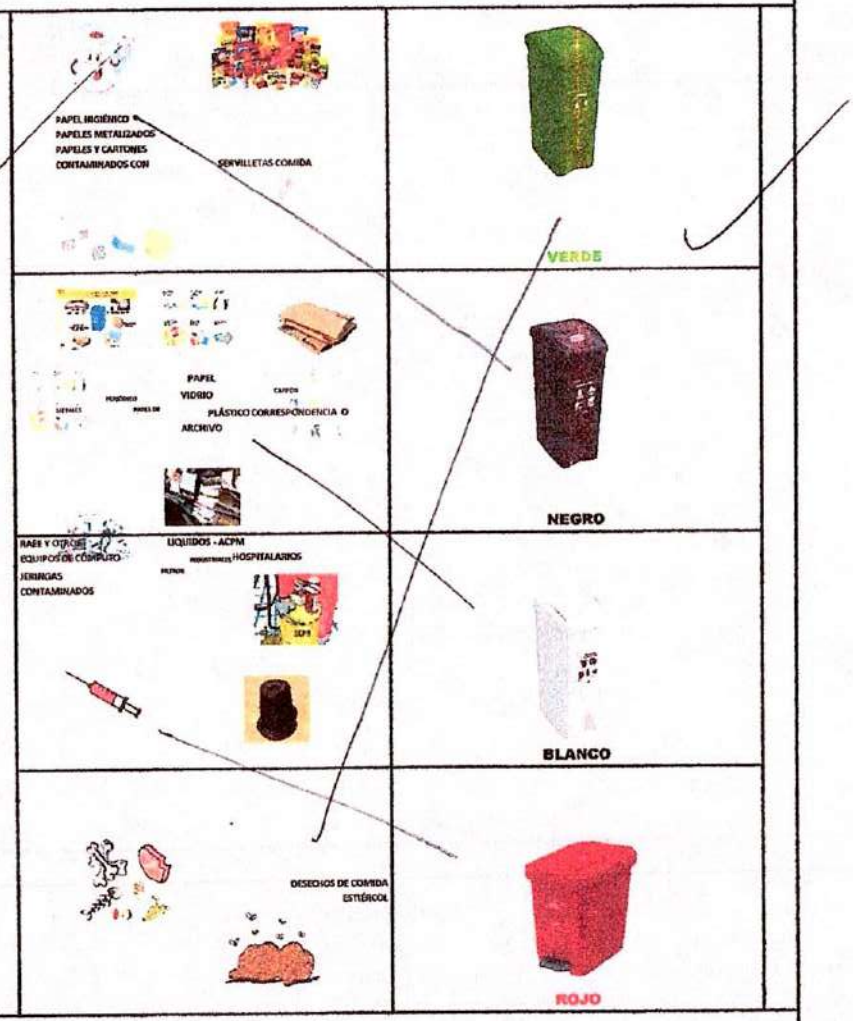


1 TU PARTICIPACIÓN CUENTA



2 PERMISO DE TRABAJO

**18.** Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer




107773

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-04<br>REVISION: 1 |
|---|---|---|
| CVC | CERTIFICADO DE INDUCCIÓN | FECHA: 13/02/2020<br>PAGINA: 1 DE 1 |

Datos del trabajador:
NOMBRE Martha Gonzalez FECHA DE INDUCCIÓN 19/01/2026
CARGO Controladora Vial FECHA DE INGRESO 21/01/2026
OBRA CVCO

## DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

**PROCESO-RECURSOS HUMANOS:**
Socialización y entrega de copia:

| | SE ENTREGO SI | SE ENTREGO NO |
|---|---|---|
| Perfil de Cargo y/o funciones | SI | |
| Contrato | SI | |
| Afiliación a Salud | SI | |
| Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales | SI | |
| Certificado Pensión | SI | |
| Afiliación a Pensión | SI | |
| Afiliación Caja de Compensación | SI | |
| Reglamento Interno de Trabajo | SI | |
| Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante | SI | |
| DURACION EN HORAS | 1h | |

Nombre de quien realiza

## CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

**PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ**
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h | |

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h | |

Nombre de quien realiza Edna Katherine Garcia

## CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

**PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO**

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| DURACIÓN DE HORAS | |
| 1h | |

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

## AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo, Martha Gonzalez Mason, identificado con cédula de ciudadanía No 40210283 de Uribe Meta, autorizó a mi EMPLEADOR CVCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

## COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constáncia se firma en la ciudad de Uribe a los 19 días del mes de 01 de 2026.

Martha Gonzalez
FIRMA DEL EMPLEADO

40210283
NÚMERO DE CEDULA

| | | |
|---|---|---|
| | **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** | CODIGO: FOR-RH-19<br>REVISIÓN: 2 |
| | AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES | FECHA: 20-02-2020<br>Página 1 de 1 |

10775

## AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Martha Gonzalez, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 19 días del mes de enero de 2026.

FIRMA: Martha Gonzalez

NOMBRE: Martha Gonzalez

CÉDULA: 40210783

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-32 |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 0 |
| | AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES | FECHA: 06-08-2024 |
| | | PAGINA: 1 DE 1 |

9774

El(la) suscrito(a) Martha Gonzalez Varón identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 40721083 expedida en Uribe meta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 19 de enero del 2026.

**Firma:** Martha Gonzalez V.

**Nombre:** Martha Gonzalez

**Cédula:** 40721083

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-09 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 6 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PAGINA:1 de 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** 19/011/2026 | **Nombres y apellidos:** Martha Gonzalez Vasn | **Cargo:** controladora | **Calificación:** 90% | | |
| **Fecha de ingreso:** 21/011/2026 | **Centro de Trabajo:** C.V.C.O | **Proceso** Operativo | | | |

**1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral**

| | |
|---|---|
|  Con el uso correcto de los elementos de protección Individual |  Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal |
|  X Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral |  X Realizar nuestras actividades sin señalización |

**2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O**

| | |
|---|---|
|   X Honestidad |   X Responsabilidad |
|   X Pertenencia |  Egoismo |

**3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad**

| | |
|---|---|
|   X Calidad en el trabajo que realizamos |  Dejar la basura donde sea |
|  X Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad |  X Disponer adecuadamente los residuos |

**4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo**

| | |
|---|---|
|  X No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo |  Consumiendo alcohol en lugar de trabajo |
|  X No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo |  X No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo . |

107777

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | REVISIÓN: 6 |
| | | FECHA: 28-05-2024 |
| | | PAGINA:2 de 5 |

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial

| | |
|---|---|
|   Respetando las señales de transito |   Conociendo y respetando los límites de velocidad |
|  Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas. |  Con el correcto uso del cinturon de seguridad. |

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa

| | |
|---|---|
|   Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad |  Política de Desconexión Laboral |
|  Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial |  Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género |

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:

| | |
|---|---|
|  No interferir en los casos de acoso laboral |  Recibir, presante quejas que se situaciones que puedan constituir acoso laboral. |
|  Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias. |  Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal. |

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:

| | |
|---|---|
|  Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo. |  Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada |
|  Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia. |  Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral |

107778

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 6 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | FECHA: 26-05-2024 |
| | | PAGINA:3 de 5 |

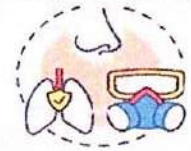
**9.** ¿Cuáles son los programas de gestión del riesgo prioritario de la empresa?:

| | |
|---|---|
|   X |  X |
| PROGRAMSA DESEGURIDAD VIAL PESV | PROGRAMA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL |
|  X |  X |
| PROGRAMA DE TRABAJO EN ALTURAS | PROGRAMA DE RIESGO MECANICO |

**11,** Los procedimientos de TRABAJO SEGURO nos sirve para:

| | |
|---|---|
|  X |  X |
| Reducir el riesgo para la salud | Laborar con seguridad en el lugar de trabajo |
|  X |  |
| Reducir la probabilidad de una lesión | Aumentar las distracciones en el lugar de trabajo |

**10.** ¿Cuáles son los programas de vigilancia epidemiológica (PVE) de la empresa?

| | |
|---|---|
|  X |  X |
| PVE BIOMECANICO | PVE RESPIRATORIO |
|  X |  |
| PVE AUDITIVO | PVE MEDIO AMBIENTE |

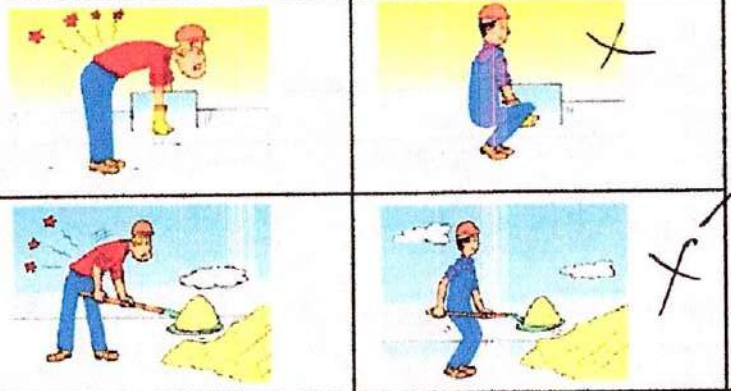
**12,** Señale con una X, deberes de la ARL

| | |
|---|---|
|   |  X |
| Fomento de estilos de vida saludables. | Capacitación básica para Brigadas de Emergencia. |
|  X |   |
| Vigilancia y control a sus empresas afiliadas. | Asesoría técnica. |

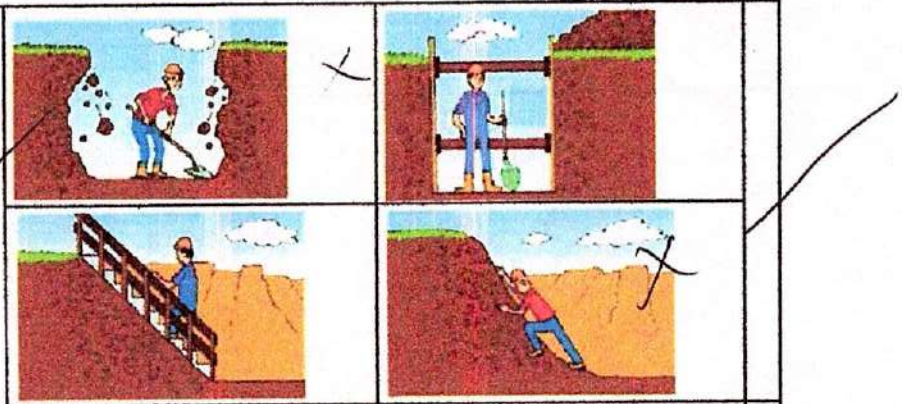
1077779

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 6 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | FECHA: 28-05-2024 |
| | | PAGINA:4 de 5 |

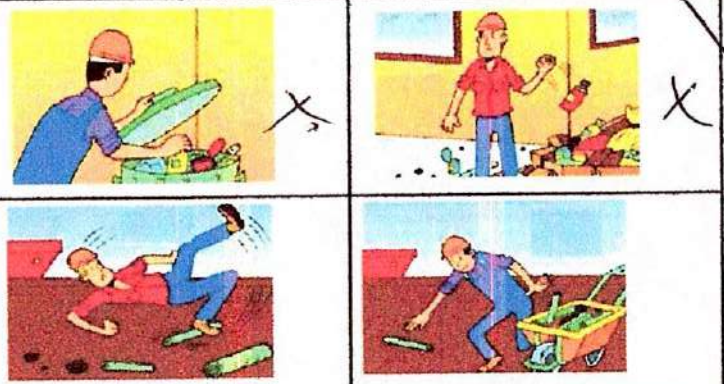
**13.** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto seguro



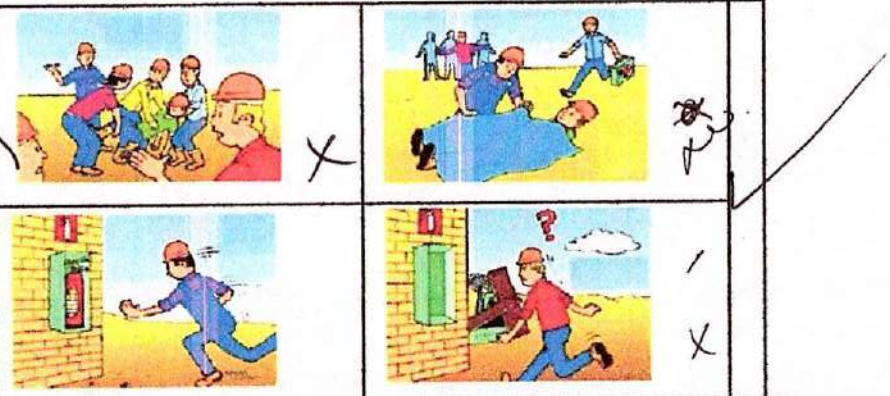
**14.** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a una Condición Insegura



**15.** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



**16.** Señale con una X cuál de las dos imágenes corresponde a un Acto Inseguro



107780

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 8 |
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PAGINA:5 de 5 |

**17.** Identifique con: **1.** Los mecanismos de participación
**2.** Los procedimientos seguros

2 LISTA DE CHEQUEO



4 CONTROL DE ACTOS Y CONDICIONES INSEGURAS

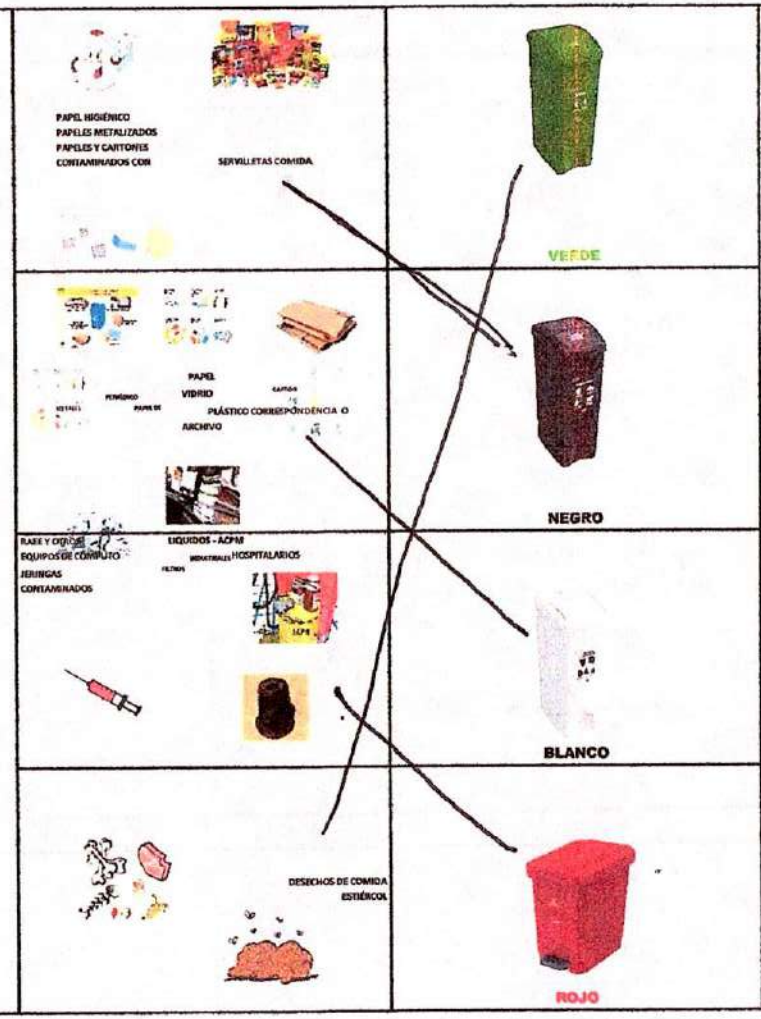


1 TU PARTICIPACIÓN CUENTA



2 PERMISO DE TRABAJO

**18.** Una con líneas cada grupo de residuos con la caneca en la que se deben disponer




107781

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-04<br>REVISION: 1 |
|---|---|---|
| | CERTIFICADO DE INDUCCIÓN | FECHA: 13/02/2020<br>PAGINA: 1 DE 1 |

Datos del trabajador:
NOMBRE Maricela Vitovis G. FECHA DE INDUCCIÓN 19-01-2026.
CARGO Controlador Vial FECHA DE INGRESO 21-01-2026.
OBRA CVCO

## DOCUMENTACIÓN ENTREGADA Y SOCIALIZACIÓN

**PROCESO-RECURSOS HUMANOS:**
Socialización y entrega de copia:

| | SE ENTREGO SI | SE ENTREGO NO |
|---|---|---|
| Perfil de Cargo y/o funciones | SI | |
| Contrato | SI | |
| Afiliación a Salud | SI | |
| Afiliación a Aseguradora de Riesgos Laborales | SI | |
| Certificado Pensión | SI | |
| Afiliación a Pensión | SI | |
| Afiliación Caja de Compensación | SI | |
| ~~Reglamento Interno de Trabajo~~ | SI | |
| Folleto de Mecanismo de Proteccion al Cesante | SI | |
| **DURACION EN HORAS** | 1h | |

Nombre de quien realiza

## CERTIFICADO DE INDUCCIÓN HSEQ

**PROCESO- GESTIÓN INTEGRAL HSEQ**
Socialización donde se trataron temas:
Misión, Visión, Valores Corporativos, Objetivos, Mapa de procesos, Organigrama, Política Integral de HSEQ´S, Política de seguridad vial, Política prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo, Reglamento de higiene y seguridad industrial, Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, Comité de Convivencia, Plan de emergencias, factores de riegos y controles (actividades de alto riesgo, rutinarias y no rutinarias), procedimientos seguros, aspectos e impactos ambientales Inherentes al cargo, derechos y deberes del Sistema de Riesgos Laborales.

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| **DURACIÓN DE HORAS** | |
| 1h | |

Aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. (Decreto 1072 de 2018, version actualizada 27 de julio de 2018, CAPITULO 6, Artículo 2.2.4.6.1.1., Parráfo 2.)

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| **DURACIÓN DE HORAS** | |
| 1h | |

Nombre de quien realiza Edna Katherine Garzon S

## CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PROPIA DEL CARGO

**PROCESO-AL QUE PERTENECE EL TRABAJADOR OPERATIVO**

| SE REALIZO SI | SE REALIZO NO |
|---|---|
| SI | |
| **DURACIÓN DE HORAS** | |
| 1h | |

Nombre de quien realiza

*El Jefe Directo realiza inducción y diligencia en el espacio punteado con los temas socializados si se requiere espacio anexar acta de reunión

## AUTORIZACIÓN DE PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA Y ALCOHOLEMIA

Yo Maricela Vitovis Gutierrez, identificado con cédula de ciudadanía No 1120.366920 de Granada, autorizó a mi EMPLEADOR CVCO, para realizar las alcoholimetrías y pruebas de sangre que sean necesarias para verificar si al inicio de las labores y/o durante el desarrollo de las mismas, a fin de corroborar que no realice mis labores bajo los efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas, alucinógenas o enervantes.
Que me informaron que en la empresa se entiende positivo en alcoholemia cuando la prueba registra 0.20 o más miligramos de etanol por 100 mililitros de sangre.

## COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE POLITICAS

Igualmente, por medio del presente manifiesto, que conozco las políticas: Integral HSEQ´S, Seguridad Vial y Prevención del consumo de Alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.
Para constancia se firma en la ciudad de Uribe a los 19 días del mes de Enero de 2026

Maricela Vitovis G
FIRMA DEL EMPLEADO

1120366920
NÚMERO DE CEDULA

109 782

| | | |
|---|---|---|
| | **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** | CODIGO: FOR-RH-19<br>REVISIÓN: 2 |
| | AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES | FECHA: 20-02-2020<br>Página 1 de 1 |

107-283

## AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Maricela Vitovis Gutierrez, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente manifiesto que la empresa CONS.VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012", me socializó la política de protección de datos personales con que cuenta la empresa.

Así mismo manifiesto que en mi condición de empleado, autorizo a la Empresa CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. para realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, procesamiento, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- Para que CONS. VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA. pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones que surgen de las actividades propias de su objeto social.
- Para el efectivo cruce de información entre el responsable y el titular de la información.
- Para el envío de servicios o beneficios que pueden ser adquiridos con la empresa o informar de eventos organizados por la misma.
- Procesos de Reclutamiento, Selección, Contratación, Administración de Nomina, Recurso Humano y las demás actividades derivadas de la relación laboral y para servicios de Outsourcing de administración de nómina directa.
- Para procesos de auditoria realizados a la empresa por parte de los clientes, firmas de consultoría o asesoría contratadas por la empresa y entidades gubernamentales y de control.
- Procesos de investigación y auditoría internos.
- Para cumplir con requerimientos que impliquen la exposición de la información ante entidades gubernamentales o de control.
- Para la participación en consorcios o uniones temporales dentro de las cuales la empresa es consorciado o pretende serlo.
- Para las solicitudes de los clientes que implique la exposición de la información para verificar el cumplimiento de compromisos y obligaciones adquiridas con el titular de la información.

Declaro haber sido informado de que en mi condición de titular de mis datos personales puedo solicitar la supresión, modificación, corrección o actualización de su contenido enviando la solicitud de manera escrita a la sede de la empresa ubicada en la dirección Calle 46 No 29 – 50 de Yopal. Igualmente fui informado de la no obligatoriedad de dar respuesta a preguntas que versen sobre datos sensibles, tales como origen, raza, orientación política, religión y vida sexual entre otros.

La empresa queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar mi información.

Para constancia de lo anterior se firma como aparece a los 19 días del mes de Enero de 2026.

FIRMA: Maricela Vitovis G.

NOMBRE: Maricela Vitovis Gutierrez

CÉDULA: 1120366920

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CODIGO: FOR-RH-32 |
|---|---|---|
| | | REVISIÓN: 0 |
| | AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES | FECHA: 06-08-2024 |
| | | PAGINA: 1 DE 1 |

El(la) suscrito(a) Maricela Vitovis Gutierrez identificado(a) con C.C/ C.E./ P.P No. 1120366920 expedida en Granada., autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al **CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** con NIT. **901.667.284-6**, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Uribe Meta el día 19 de Enero del 2026

**Firma:** Maricela Vitovis G

**Nombre:** Maricela Vitovis Gutiérrez

**Cédula:** 1120366920.

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN | REVISIÓN: 6 |
| | | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PAGINA:1 de:5 |

Fecha: 19 01 2026 Nombres y apellidos: Maricela Vitovis Gutiérrez Cargo: Controlador Vial Calificación: 100%

Fecha de Ingreso: 21 01 2026 Centro de Trabajo: CVCO Proceso Operativo

1. Señale con una X, como desde nuestro cargo (con lo que hacemos) participamos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral



Con el uso correcto de los elementos de protección Individual



Realizar nuestra actividades sin elementos de protección personal



Cumplir con normas y reglamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Gestión Integral



Realizar nuestras actividades sin señalización

2. Señale con una X, los valores de los trabajadores de C.V.C.O




Honestidad




Responsabilidad




Pertenencia



Egoismo

3. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política del sistema de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad



Calidad en el trabajo que realizamos



Dejar la basura donde sea



Realizar nuestro trabajo con todos las medidas de seguridad



Disponer adecuadamente los residuos

4. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de prevención del consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo



No consumiendo Alcohol, sustancias Psicoactivas y tabaquismo en el lugar de trabajo



Consumiendo alcohol en lugar de trabajo



No consumiendo tabaco (o derivados) en lugar de trabajo



No consumiendo sustancia psicoactivas en lugar de trabajo .

107785

| | CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA | CÓDIGO: FOR-RH-08 (A) |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN | REVISIÓN: 6 |
| | | FECHA: 26-06-2024 |
| | | PAGINA:2 de 5 |

5. 5. Señale con una X, como participamos con nuestras acciones en la Política de seguridad vial



Respetando las señales de transito




Conociendo y respetando los límites de velocidad



Conduciendo bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.



Con el correcto uso del cinturon de seguridad.

6. Señale con una X cuales de estas son Políticas de la empresa




Política del Sistema de Gestión Integral seguridad y salud en el trabajo, ambiente y calidad



Política de Desconexión Laboral



Política prevención del acoso laboral y factores de riesgo psicosocial



Política de prevención de la violencia contra la mujer y equidad de género

7. El Comité de Convivencia Laboral se encarga de:



No interferir en los casos de acoso laboral



Recibir, quejas que se presente situaciones que puedan constituir acoso laboral.



Promover espacios de diálogo para llegar a una solución efectiva de las controversias.



Proporcionar a los trabajadores elementos de protección personal.

8. EL Comité de Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo se encarga de:



Proponer la adopción de medidas y el desarrollo de actividades que procuren y mantengan la salud de los y ambientes de trabajo.



Proporcionar a los trabajadores alimentación balanceada



Participar en las investigaciones (análisis causal) de accidentes de trabajo, incidentes y enfermedades Laborales y proponer las medidas correctivas que haya lugar para evitar su ocurrencia.



Recibir, analizar y dar trámite a las quejas de acoso laboral

107786