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:	585
DESCRIPCIÓN CARPETA:	**CONSORCIO VIAL CONEXIÓN ORINOQUIA** MEJORAMIENTO DE LOS CORREDORES VIALES PARA LA CONEXIÓN PACÍFICO – ORINOQUÍA – VÍA URIBE – CRUCE VERSALLES – PAPAMENE – ALTO DE LAS CRUCES EN EL MUNICIPIO DE LA URIBE DEPARTAMENTO DEL META" **CONTRATO N° 779 22 PY 031-22 INF N°35 PARC N°13 C11-24 C585**

ITEM	DESCRIPCIÓN TIPO DOCUMENTAL	FOLIOS
22.	Informe componente seguridad y salud en el trabajo	113711-113910

Fecha de Elaboración:		Nombre del Archivo en el SIGA	779 22 PY 031-22 INF N°35 PARC N°13 C11-24 C585

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 6
CC Primavera Urbana-Villavicencio
contactenos@aim-meta.gov.co
https://aim-meta.gov.co


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
12.291.959
ARIZA VALDERRAMA
DANIEL


01-OCT-1983
GARZON
1.74
A-
M
07 MAY 2004 GARZON

113712

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name

DANIEL ARIZA VALDERRAMA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 2 2 0 1 9 5 9

Fecha de nacimiento / Date of birth

01/10/1983

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3232236939

Correo electrónico / e-mail

ID: [redacted]

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
COVID SINOVAC	Primera	20	6	2021	Sinovac	202105002P	GARZON E.S.E MARIA AUXILIADORA	ANYELA VIVIANA NUÑEZ QUINTERO
COVID SINOVAC	Segunda	18	7	2021	Sinovac	202106002I	GARZON E.S.E MARIA AUXILIADORA	ANYELA VIVIANA NUÑEZ QUINTERO

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

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

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

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

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

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

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

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

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO COTRANSVIAL

COLOMBIANA DE TRANSPORTADORES Y CONDUCTORES POR LA SEGURIDAD VIAL

RESOLUCIÓN 2686 DE 2014 - HABILITACIÓN INSTITUCIÓN EDUCATIVA
RESOLUCIÓN 2440 DE 2019 - REGISTRO PROGRAMAS
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

113

CERTIFICA QUE

DANIEL ARIZA VALDERRAMA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 12201959 de GARZON

PARTICIPO EN LA CAPACITACIÓN DE

MANEJO DEFENSIVO Y PREVENTIVO
COD. 254632323-2

Aprobó el día 07-02-2026 - Válido hasta 07-02-2027

Con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

143706

Luis Carlos Ayala Montaño
Director Académico

Carlos Alfonso Hernández
Gerente

MINISTERIO DE TRANSPORTE

RUNT

QR Código de Verificación

Cll 37 # 20-04 Local 104 Esquina B. Paraiso - Villavicencio, Meta
Tel. 666 3446 - Cel. 321 414 05 94
322 584 3094 - 322 812 0511 - 322 812 0512 - 310 627 2174
Email: educacionvial767@gmail.com - Sitio Web: www.cotransvial.com

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO COTRANSVIAL

COLOMBIANA DE TRANSPORTADORES Y CONDUCTORES POR LA SEGURIDAD VIAL

RESOLUCIÓN 2686 DE 2014 - HABILITACIÓN INSTITUCIÓN EDUCATIVA
RESOLUCIÓN 2440 DE 2019 - REGISTRO PROGRAMAS
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

11347

CERTIFICA QUE

DANIEL ARIZA VALDERRAMA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 12201959 de GARZON

PARTICIPO EN LA CAPACITACIÓN DE

MECANICA BASICA
COD..280601019

Aprobó el día 10-02-2026 - Válido hasta 10-02-2027

Con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

143707

Luis Carlos Ayala Montaño
Director Académico

Carlos Alfonso Hernández
Gerente

MINISTERIO DE TRANSPORTE

RUNT

QR Código de Verificación

Cll 37 # 20-04 Local 104 Esquina B. Paraiso - Villavicencio, Meta
Tel. 666 3446 - Cel. 321 414 05 94
322 584 3094 - 322 812 0511 - 322 812 0512 - 310 627 2174
Email: educacionvial767@gmail.com - Sitio Web: www.cotransvial.com

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO COTRANSVIAL

COLOMBIANA DE TRANSPORTADORES Y CONDUCTORES POR LA SEGURIDAD VIAL

RESOLUCIÓN 2686 DE 2014 - HABILITACIÓN INSTITUCIÓN EDUCATIVA
RESOLUCIÓN 2440 DE 2019 - REGISTRO PROGRAMAS
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

113216

CERTIFICA QUE

DANIEL ARIZA VALDERRAMA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 12201959 de GARZON

PARTICIPO EN LA CAPACITACIÓN DE

PRIMEROS AUXILIOS COD. 270101093-2

Aprobó el día 12-02-2026 - Válido hasta 12-02-2027

Con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

143708

Luis Carlos Ayala Montaño
Director Académico

Carlos Alfonso Hernández
Gerente

MINISTERIO DE TRANSPORTE

RUNT

QR Código de Verificación

Cll 37 # 20-04 Local 104 Esquina B. Paraiso - Villavicencio, Meta
Tel. 666 3446 - Cel. 321 414 05 94
322 584 3094 - 322 812 0511 - 322 812 0512 - 310 627 2174
Email: educacionvial767@gmail.com - Sitio Web: www.cotransvial.com

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO COTRANSVIAL

COLOMBIANA DE TRANSPORTADORES Y CONDUCTORES POR LA SEGURIDAD VIAL

RESOLUCIÓN 2686 DE 2014 - HABILITACIÓN INSTITUCIÓN EDUCATIVA
RESOLUCIÓN 2440 DE 2019 - REGISTRO PROGRAMAS
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

1234

CERTIFICA QUE

DANIEL ARIZA VALDERRAMA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 12201959 de GARZON

PARTICIPO EN LA CAPACITACIÓN DE

MANEJO DE EXTINTORES Y CONTROL DE INCENDIOS COD. 270101096-6

Aprobó el día 14-02-2026 - Válido hasta 14-02-2027

Con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

143709

Luis Carlos Ayala Montaño
Director Académico

Carlos Alfonso Hernández
Gerente

MINISTERIO DE TRANSPORTE

RUNT

QR Código de Verificación

Cll 37 # 20-04 Local 104 Esquina B. Paraiso - Villavicencio, Meta
Tel. 666 3446 - Cel. 321 414 05 94
322 584 3094 - 322 812 0511 - 322 812 0512 - 310 627 2174
Email: educacionvial767@gmail.com - Sitio Web: www.cotransvial.com

Inspecciones Industriales
II.Colombia.s.a.s

CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 2.6.6.8 DE DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR EDUCACIÓN INFORMAL DECRETO1075 DE 26 DE MAYO DE 2015.
RADICADO NO: E-2024-3939
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL DE BOGOTÁ
REG. MERCANTIL Nº 03724627 -NIT 901.138.598-4

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

RUBEN DARIO LOPEZ RODRIGUEZ

CON Cedula de ciudadania No.1012325175 DE BOGOTA D.C

CURSÓ Y APROBÓ:

MANEJO DEFENSIVO

APROBÓ EL DIA **22/10/2025** - VALIDO HASTA EL **21/10/2026**
CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (**30**) HORAS
EN CONSTANCIA FIRMAN

Yolanda Dehaquiz R
DIRECTORA

LISETH VARGAS MAHECHA
GERENTE

LINEAS DE ATENCIÓN: 310 757 5203 / 323 289 5704
WWW.INSPECCIONESINDUSTRIALESDECOLOMBIA.COM
DIRECCIÓN: FUNZA: KR 12A NO. 9-26, PISO 4 / BOGOTÁ: TV. 94 L #80A 26
LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO PUEDE SER VERIFICADA EN NUESTRA PÁGINA WEB O MEDIANTE EL

113718

Bogota 23.02.2026

Señores,
CONSTRUCTORA LA PORCINCULA SAS - NI 900568745
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2026-02-23 con numero de radicado 7786381 :

Cordialmente,

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 7786381

113220

Nuestro compromiso es contigo

LaPorciúncula

Villavicencio (Meta), 21 de febrero de 2026

Señores:
EPS - SANITAS
Ciudad

Referencia: Proceso de Radicación Novedades EPS Sanitas

Cordial saludo.

Por medio de la presente, yo MARISOL GONZALEZ PARDO en mi calidad de GERENTE GENERAL de la empresa CONSTRUCTORA LA PORCIUNCULA S.A.S. identificada con Nit: 900.568.745-1 autorizo a la siguiente persona para que reporte novedades a EPS Sanitas a través del proceso masivo dispuestos para este fin:

N	Tipo Documento Colaborador	Numero Documento Colaborador	Nombre Completo Colaborador	Cargo	Correo electrónico
1	C.C.	12201959	Daniel Ariza Valderrama	Operador de maquinaria amarilla	Arizadaniel624@gmail.com

N	Fecha de ingreso a la empresa	Fecha de retiro de la empresa	IBC	Dirección de residencia	Municipio	# Celular
1	20/02/2026		2´500.000	Calle 10 No. 02 – 19, B Los Canelos	Uribe (Meta)	3232236939

Cordialmente,

MARISOL GONZÁLEZ PARDO
Representante Legal
CONSTRUCTORA LA PORCIÚNCULA S.A.S.
NIT. 900.568.745-1

Bardy Sarmiento
Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

113721

11322

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:

DANIEL ARIZA VALDERRAMA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **12.201.959**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Febrero 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.

POSITIVA Compañía de Seguros

Hacienda

CER_AFI_20260219140685

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Daniel Ariza Valderrama identificado con CC. 12201959 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y\o Razón Social	CONSTRUCTORA LA PORCIUNCULA SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 900568745

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/20	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5421001

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de febrero 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: **CC19022026N12201959A10017016.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

1133224

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	12201959
NOMBRES	DANIEL
APELLIDOS	ARIZA VALDERRAMA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	GARZON

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	02/21/2026 13:10:51	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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**,

113725

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1012325175

NOMBRE

RUBEN DARIO LOPEZ RODRIGUEZ

FECHA DE NACIMIENTO

05-09-1986

GRUPO SANGUINEO Y RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

22-06-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTE y MOV CUNDINAMARCA

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	22-06-2033	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	22-06-2028	PUBLICO





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07001663230

113228

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029393951

PLACA	MARCA	LINEA	MODELO
FTI830	CHEVROLET	BRIGADIER 229	1982

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
6.500	ORO TOLEDANO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
VOLQUETA	PLATON	DIESEL	15000

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
35202409	N	******

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
CH055505	N	CH055505	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
LOPEZ RODRIGUEZ RUBEN DARIO	C.C. 1012325175

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE	POTENCIA HP
******	0

DECLARACION DE IMPORTACIÓN	VE	FECHA IMPORT.	PUERTAS
53216		18/08/1980	2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
15/05/1982	23/06/2023	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA



LT0700252741 2

LT0700252741 2

SOAT

PÓLIZA DE SEGUROS DE GASTOS HOSPITALARIOS CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL		HASTA LAS 23:59 HORAS DEL	
2025-07-02		2025-07-03		2026-07-02

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/KILATOS	MODELO
0408004813405000	FTI830	CARGA O MIXTO	PUBLICO	6500	1982

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
2	CHEVROLET	PLATON

LÍNEA VEHÍCULO	
BRIGADIER 229	

No. MOTOR	No. CHASIS o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
35202409	CH055505		15.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
LOPEZ RODRIGUEZ, RUBEN DARIO	3125496684	CC	1012325175	BOGOTA D.C

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1324	4	13840	0	CALI

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
320	$ 839200	$ 436300	$ 2400

TOTAL A PAGAR

$ 1277900

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13 [1] 701,68 [2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

[1] **Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.**

[2] **Para las demás tarifas no citadas en (1).**

RECUERDE QUE:

•Es obligatorio portar la póliza de SOAT sin importar el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A.
•La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento, usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en papel de seguridad; impresión física en papel común tamaño carta con código QR; en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar del correo electrónico y/o el mensaje de texto con el link de consulta, enviado por La Previsora S.A.
•En caso de tener inquietudes sobre el proceso, marque desde su teléfono móvil al #345, para recibir la asesoría necesaria.

Se debe imprimir la póliza, que se envía a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil, esto con el fin de evitar inconvenientes con la autoridad de tránsito.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT.
•Este atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Cláusula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se constate que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A. modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentre vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneja LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 8-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3407565, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de Internet www.previsora.gov.co

8428 11

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 183183447

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA MADELENA

NIT: 900081626

No. de Certificado de Acreditación: 09-OIN-026

Fecha de expedición: 2025/08/12

Fecha de vencimiento: 2026/08/12

DATOS VEHÍCULO

PLACA: FTI830

CLASE: VOLQUETA

MARCA: CHEVROLET

MODELO: 1982

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 6500

NRO. MOTOR: 35202409

NRO. CHASIS: CH055505

VIN:

LÍNEA: BRIGADIER 229

COLOR: ORO TOLEDANO

NOMBRE PROPIETARIO: RUBEN D. LOPEZ R.

FIRMA DEL RESPONSABLE

HELVER RAFAEL NIÑO ALVAREZ

PLACA	PIN AMBIENTAL	CONDUCTOR A CARGO	No. CELULAR
FTI 830	2662	RUBEN LOPEZ	3125496684

NOTA:
El PIN AMBIENTAL de cada vehículo se puede verificar en la página web de la Secretaría de Ambiente con el número de placa en el documento "Listado de transportadores inscritos en el aplicativo web de la SDA".
Link: http://www.ambientebogota.gov.co/es/c/document_library/get_file?uuid=1aef9b6 b-89a5-41dc-b3a8-d70ff5656ad4&groupId=10157

DIADANN

CERTIFICADO DE INSPECCIÓN DE VEHÍCULO

Ciudad	Bogotá	**Fecha**	4/11/2025
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO			
Tipo	VOLQUETA	**Modelo**	1982 REPONTENCIALIZADA 2020
Marca	CHEVROLET	**HR/KM**	720.320 KM
Placa	FTI 830	**Línea**	BRIGADIER 229

A la fecha declaramos que el vehículo descrito arriba se inspeccionó de acuerdo a los procedimientos estándares establecidos para este fin, encontrándose en el momento de la inspección en óptimas condiciones para ser operado dentro de los rangos y criterios establecidos en el manual del fabricante.

Nota: Se recomienda la inspección periódica en un intervalo de 12 meses.

Cristian camilo Herrera
Ingeniero Mecanico
TP. CN230-100369

AV BOYACA No 37C 08 SUR • B. Carvajal Bogotá • Cel: 312 333 6555
•Tel. 5791828 gerenciadiadann@hotmail.com



CHECKLIST DE ESTANQUEIDAD DE VEHÍCULO						
Empresa	Diadann Estructuras Metálicas SAS		**Fecha**		4/11/2025	
Realizado por	Cristian Herrera		**Hora inicio**		10:30 AM	
Clase de servicio			**Hora fin**		11:30 AM	
Tipo de mantenimiento	Mantenimiento preventivo	X				
	Mantenimiento correctivo					
Actividad	**Tipo de actividad**	**Cumple**			**Observaciones**	
		Sí	**No**	**No Aplica**		
Sistema hidráulico	Gato del vehículo	X				
	Empaquetadura	X			Se encuentran ajustados	
	Bomba	X				
	Toma Fuerza y Mando	X				
	Mangueras y abrazaderas	X			No presenta fugas	
	Bujes	X			No presenta desgaste	
	Cilindro hidráulico	X			No presenta desgaste ni fugas	
Articulación del Volco	Pasadores	X				
	Bujes	X				
	Cierre de la compuerta	X				

AV BOYACA No 37C 08 SUR • B. Carvajal Bogotá • Cel: 312 333 6555
•Tel. 5791828 gerenciadiadann@hotmail.com

DIADANN

13732









AV BOYACA No 37C 08 SUR • B. Carvajal Bogotá • Cel: 312 333 6555
• Tel: 5791828 gerenciadiadann@hotmail.com

DIADANN

113723









AV BOYACA No 37C 08 SUR • B. Carvajal Bogotá • Cel: 312 333 6555
• Tel: 5791828 gerenciadiadann@hotmail.com

compensar | salud eps

11343Y

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) RUBEN DARIO LOPEZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1012325175, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'TRANSPORTADORA CIUDAD VERDE SAS' NIT 901223161, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250116	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Noviembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
AQUI INTERESE GRACIAS

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 30521363

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

seguros mundial®
tu compañía siempre



Existimos porque **CREEMOS** *que tus sueños* deben ser una realidad

SOLUCIONES CORPORATIVAS

- SOAT
- Accidentes Personales
- Conduce Tranquilo
- Cumplimiento
- RCE Transporte Público dePasajeros
- Arriendos
- Vida
- Judiciales
- Crédito
- Disfruta Tranquilo
- Responsabilidad Civil Familiar
- Ingeniería
- Patrimonio

Líneas de Atención al Cliente:

- Bogotá: **(+601)** 327 47 12/13
- Nacional: 018000 111 935

www.segurosmundial.com.co

@SegurosMundial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

11843

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.012.325.175



Apellidos
LOPEZ RODRIGUEZ

Nombres
RUBEN DARIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.66

Sexo
M

Fecha de nacimiento
05 SEPT 1986

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

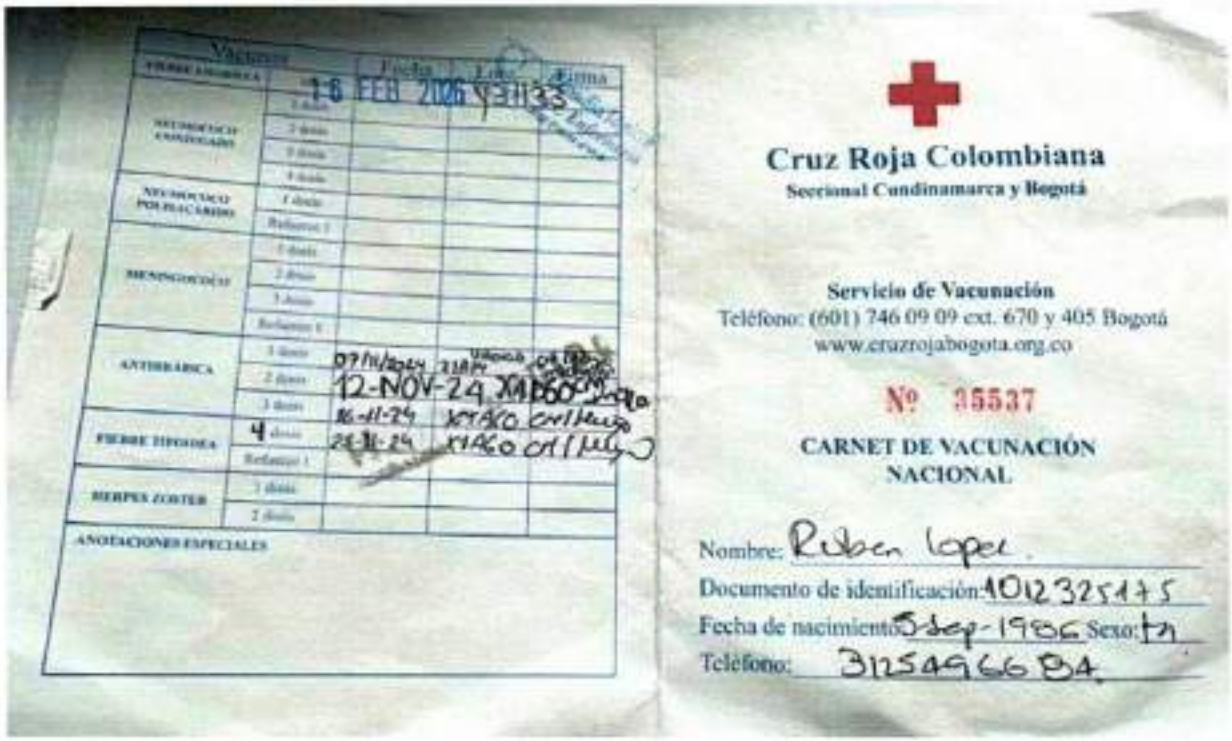
Fecha y lugar de expedición
06 OCT 2004, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
11 ENE 2032

Firma



ICCOL001606106215001<<<<<<<<<<<
8609052M3201118COL1012325175<2
LOPEZ<RODRIGUEZ<<RUBEN<DARIO<<



Vacunas		Fecha	Lote	Firma
FIEBRE AMARILLA	1 dosis	16 FEB 2006	Y31133	
NEUMOCOCICA CONJUGADO	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
	4 dosis			
NEUMOCOCICA POLISACARIDO	1 dosis			
	Refuerzo 1			
MENINGOCOCICO	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
	Refuerzo 1			
ANTIRRABICA	1 dosis	07/11/2024	218PV	VACUNA CONTRA
	2 dosis	12-NOV-24	XM060	
	3 dosis	16-11-24	XM060	CHILLING
FIEBRE TIFOIDEA	4 dosis	28-11-24	XM060	CHILLING
	Refuerzo 1			
HERPES ZOSTER	1 dosis			
	2 dosis			
ANOTACIONES ESPECIALES				

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Servicio de Vacunación
Teléfono: (601) 746 09 09 ext. 670 y 405 Bogotá
www.cruzrojabogota.org.co

Nº 35537

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

Nombre: Ruben Lopez
Documento de identificación: 1012325175
Fecha de nacimiento: 5-Sep-1986 Sexo: M
Teléfono: 3125496684



Vacunas		Fecha	Lote	Firma
TETRAVALENTE	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
	Refuerzo 1			
	Refuerzo 2			
RRVVALENTE	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
	Refuerzo 1			
	Refuerzo 2			
PENTAVALENTE	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
	Refuerzo 1			
	Refuerzo 2			
ROTAVIRUS	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
TRIPLE VIRAL	1 dosis			
	2 dosis			
VARICELA	1 dosis			
	2 dosis			

Vacunas		Fecha	Lote	Firma
HEPATITIS A	1 dosis			
	2 dosis			
HEPATITIS B	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
	Refuerzo 1			
HEPATITIS A + B	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
TDPA/DPT/DT/TT/TD/DT/DTP	1 dosis	4027726		
	2 dosis	96120		
	3 dosis	96 ABR 96		
	Refuerzo 1			
NEUMOCOCICA	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
MENINGOCOCICA	1 dosis			
	Refuerzo			
INFLUENZA	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			

ARL | sura

11298

Medellín, 16 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de TRANSPORTADORA CIUDAD VERDE SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	000RIESGO5 OPERARIO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1012325175	LOPEZ RODRIGUEZ RUBEN DARIO	17/02/2026		r32255UU	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/02/2026 14:16:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.156.140.17, 192.230.104.12, 172.16.42.57

113439

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:

RUBEN DARIO LOPEZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.325.175**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Febrero 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.

11340

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 3099968

NOMBRE

BERNABE BERNAL ROA

FECHA DE NACIMIENTO

28-03-1971

SANGRE-RH

A+

FECHA DE EXPEDICION

01-11-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA. TTOyTTE MCPAL VILLAVICENCIO

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO	01-11-2033	PARTICULAR
C3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO	01-11-2028	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02006011637

Escaneado con CamScanner

1137Y

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:	BERNABE BERNAL ROA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIEINTO:	28 de marzo de 1971
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	3.099.968 de Medina-Cundinamarca
SEXO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Unión libre
DIRECCIÓN:	CLL 27 #23-10 Barrio 20 de Julio Villavicencio
TELÉFONO:	3112308273
E-MAIL:	bernobernal@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Soy una persona responsable, puntual, creativa y con muy buena disposición para cualquier tarea que se me asigne. Tengo 22 años de experiencia en mi campo como conductor de volqueta doble troque.

FORMACIÓN ACADÉMICA

- ESCUELA RURAL SAN MIGUEL | **GRADO QUINTO**
  1977

EXPERIENCIA LABORAL

- CONDUCTOR VOLQUETA | **INDEPENDIENTE**
  2002 hasta la fecha

Conductor de volqueta doble troque con experiencia de 22 años trabajando como independiente en diferentes empresas del país.

112742

REFERENCIAS

GUSTAVO BERNAL ROA
INDEPENDIENTE
Telefono: 3108143861

JOSE ARNULFO QUINCENO
OPERRADOR
Telefono:3112603577

SUMITRANSCIVIL S.A.S
Empresa
REFERENCIA LABORAL
Telefono: 3124716195
E-mail: sumitranscivil@gmail.com
Villavicencio- Meta

BERNABE BERNAL ROA
CC. No 3.099.968 de Medina-Cundinamarca

INSTITUTO PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
INGENIERIA Y TRANSPORTE AMARILES S.A.S
NIT. 900724935-3
Resolución No. 823 del 23 de marzo de 2017

CERTIFICA QUE

BERNABE BERNAL ROA

Identificado con CEDULA DE CIUDADANIA **N° 3.099.968**

Participo en la Capacitación de

MANEJO DEFENSIVO

Resol. 001565 del 06/06/2014

Con una intensidad horaria de **20 horas**

MARIA ANGELICA AMARILES
Gerente general

JUAN DERMEYER MARTINEZ
Rector

Calle 9 sur N° 23A - 8 Villavicencio, Meta.
Cel: 3213892717 - 3212895054 Correo: amarilessas2021@gmail.com

Valida esta información con el código QR en nuestra página web: instamarilessas.com

FECHA DE EXPEDICIÓN:
2026-02-10

CERTIFICADO N°
43470

MINEDUCACIÓN PROSPERIDAD PARA TODOS SISCONMP MINTRANSPORTE

118743

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERNAL ROA BERNABE** identificado(a) con **CC** número **3.099.968** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de abril de 2025.

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:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20250422095230

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

11374

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 11 de febrero de 2026, a las 11:21:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

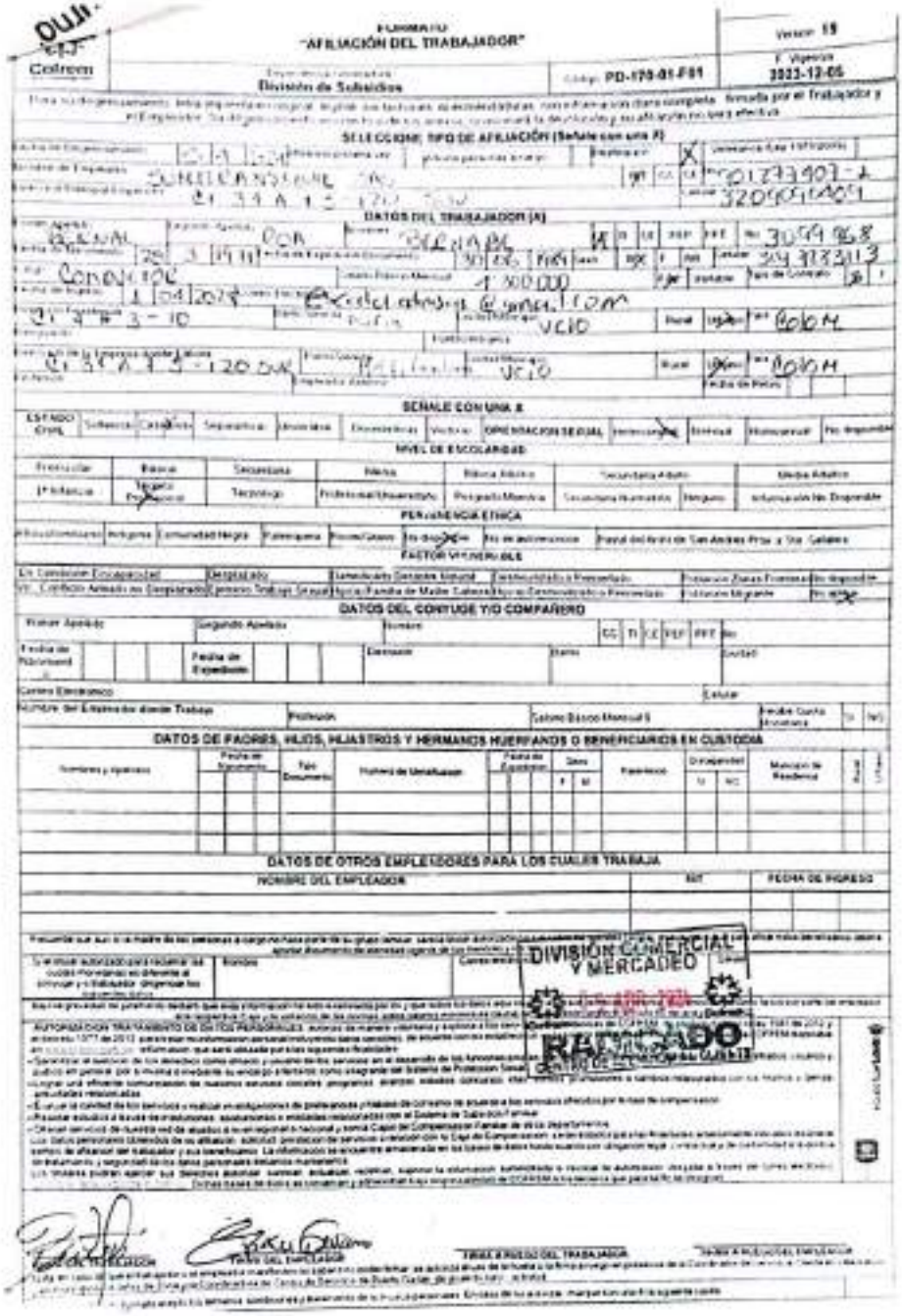
Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	3099968
Código de Verificación	3099968260211112151

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



FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Versión: 11
Vigencia: 2023-12-05

Colfren

División de Subsidios

Código: PD-170-01-F01

SELECCIONE TIPO DE AFILIACIÓN (Señale con una X)

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

SEÑALE CON UNA X

NIVEL DE ESCOLARIDAD

PERTENENCIA ETNICA

FACTOR VULNERABLE

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

DATOS DE PADRES, HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR | NIT | FECHA DE INGRESO

DIVISIÓN COMERCIAL Y MERCADEO

RADICADO

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

FIRMA DEL TRABAJADOR

Powered by CamScanner

113+46

ARL | sura

11348

Medellín, 12 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SUMITRANSCIVIL SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - SUMITRANSCIVIL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C3099968	BERNAL ROA BERNABE	01/04/2024		12614561	DEPENDIENTE	MORA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10068747442604352001

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/02/2026 14:26:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.160.55, 192.230.104.11, 172.16.42.57

11348

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.099.968**

BERNAL ROA

APELLIDOS

BERNABE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAR-1971**

MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA **A+** G.S. RH **M** SEXO

30-JUN-1989 MEDINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100 00163051-M 0003099968-20090716 0013548636A 1 6750012655

1137409

HOJA DE VIDA DANIEL ARIZA VALDERRAMA



PERFIL OCUPACIONAL

Soy una persona trabajadora de excelentes relaciones interpersonales y habilidades para trabajar en equipo o individualmente, con alto grado de responsabilidad, me desempeño como Operador de Maquinaria Pesada con capacidad de trabajar con cualquier equipo, con seriedad, valores éticos, morales y profesionales.

DATOS PERSONALES

Nombre:	DANIEL
Apellidos:	**ARIZA VALDERRAMA**
Cédula:	12.201.959 de Garzón **Huila**
Fecha De Nacimiento:	01 de Octubre 1.983
Lugar de nacimiento:	Garzón Huila
Estado Civil:	**Unión Libre**
Dirección:	Calle 10 No. 02 - 19 B. Los Canelos
Celular:	323 223 69 39
Email:	**Arizadaniel624@gmail.com**

ESTUDIOS REALIZADOS

Secundaria	Instituto José Celestino Mutis
Título obtenido	Bachiller Académico
Ciudad	Garzón- Huila Año 2002
Otros Estudios	**MAQUINGE S.A.S.**
Título obtenido	Operador de Excavadora Hidráulica Retroexcavadora Cargadora
Ciudad	Garzón- Huila Año 2021

11375

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA:	**INGENIERIA FERNANDO JIMENEZ ROA**
JEFE INMEDIATO:	**FERNANDO JIMENEZ ROA**
CELULAR:	320 231 74 59
CARGO DESEMPEÑADO:	Operador de Maquinaria Pesada
TIEMPO LABORADO:	Enero 01 2.013 hasta Fecha
Ciudad:	Garzón Huila

EMPRESA:	**MEYAN INGENIERIA**
CARGO DESEMPEÑADO:	Operador de Maquinaria Pesada
TIEMPO LABORADO:	Un Año
Ciudad:	Garzón Huila

EMPRESA:	**EMPRESA RAMIREZ Y RAMIREZ**
JEFE INMEDIATO:	**MAURICIO RAMIREZ VALDERRAMA**
CELULAR:	311 265 32 56
CARGO DESEMPEÑADO:	Operador de Maquinaria Pesada
TIEMPO LABORADO:	9 Años
Ciudad:	Garzón Huila

EMPRESA:	**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**
CARGO DESEMPEÑADO:	Soldado Profesional
TIEMPO LABORADO:	3 Años
Ciudad:	Garzón Huila

REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE:	**ADRIANA ARIZA VALDERRAMA**
OCUPACIÓN:	Fiscal General de la Nación
CELULAR:	315 245 07 34
CIUDAD:	Neiva Huila

113452

REFERENCIAS PERSONALS

NOMBRE:	**DIEGO FERNANDEZ**
OCUPACIÓN:	Independiente
CELULAR:	313 284 52 78
CIUDAD:	Garzón Huila

NOMBRE:	**WILSON RIVERA**
OCUPACIÓN:	Ingeniero Civil
CELULAR:	311 538 75 83
CIUDAD:	Garzón Huila

DANIEL ARIZA VALDERRAMA
C.C. No. 12.201.959 de Garzón **Huila**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
12.201.959
ARIZA VALDERRAMA
DANIEL


01-OCT-1963
GARZON
(HUILA)
1.74
A-
M
07-MAY-2004 GARZON


REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 12201659
DANIEL ARIZA VALDERRAMA
FECHA DE NACIMIENTO
01-10-1983
A-
FECHA DE EXPEDICION
15-06-2023
STRIA MCPAL TTOyTTE CARZON


CATEGORIAS AUTORIZADAS
A2
B2
LC03006022333



12201959

PERTENECE A LA RESERVA DE:

1A LINEA 2A LINEA 3A LINEA

2013 2023 203

APELLIDOS Y NOMBRES

ARIZA VALDERRAMA

DANIEL

UNIDAD **BIPIG** ESP MIL **FUSILERO**

PROFESION AGRICULTOR



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

MY. JOHN HUGO MESA SILVA

0124413

12201959

29 MAY 2014

112756

FERNANDO JIMENEZ ROA
INGENIERO CIVIL
U. NACIONAL DE COLOMBIA
ESPECIALISTA EN DISEÑO, CONSTRUCCION Y CONSERVACION DE VIAS
-Diseño estructural-Construcción-Consultoría-Interventoría-Estudios de impacto ambiental-Proyectos

EL SUSCRITO INGENIERO CIVIL
FERNANDO JIMENEZ ROA
NIT. 12.192.340-6

CERTIFICA

Que el señor **DANIEL ARIZA VALDERRAMA** identificado con cedula de ciudadanía N° 12.201.959 de Garzón Huila, labora para la empresa, desempeñando el cargo de **OPERADOR DE EXCAVADORA HIDRÁULICA**, desde el 26 de septiembre de 2016 hasta a la presente. Caracterizándose como persona dedicada, seria y responsable en el desarrollo de sus labores.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los diecisiete (17) días del mes de enero de 2025.

Atentamente,

FERNANDO JIMENEZ ROA
C.C. 12.192.340 de Garzón

OFICINA PRINCIPAL: CARRERA 7 No. 9-47 CASA 1 GARZON HUILA TEL: 8331529
email: fernandojimenezroa1@gmail.com

Oscar Mauricio Ramirez Valderrama
NIT 12.196.701-
CR 5 # 9 - 64
Tel: (038) 3112653256
Garzón - Colombia
mauricio.maquinaria@hotmail.com

CERTIFICADO LABORAL.

ÓSCAR MAURICIO RAMIREZ VALDERRAMA, mayor de edad e identificado con cédula de ciudadanía N.° 12.196.701 expedida en Garzón (Huila), residente en el municipio de Garzón (Huila), numero celular 3112653256, correo electrónico mauricio.maquinaria@hotmail.com. Actuando en calidad de empleador, certifico que el señor **DANIEL ARIZA VALDERRAMA**, mayor de edad e identificado con cédula de ciudadanía N.° 12.201.959 expedida en Garzón (Huila), laboró bajo mi supervisión durante un periodo de ocho (8) años, donde se desempeño en las siguientes funciones y con las siguientes capacidades:

1. **Operador de Retroexcavadora:** Ejecutando tareas de excavación, carga y remoción de tierra, con el manejo adecuado de la máquina para realizar trabajos en terrenos de diferentes características.

2. **Operador de Cargador Frontal:** Realizando la carga de materiales a granel como arena, grava, tierra, entre otros, para su posterior traslado, mostrando gran destreza y responsabilidad en el manejo de la maquinaria.

3. **Operador de Bulldozer:** Desarrollando trabajos de nivelación de terrenos, limpieza de áreas y movimientos de tierra, siempre con el cumplimiento de las normas de seguridad y eficiencia requeridos.

4. **Conductor de Volqueta:** Transportando materiales a granel de manera segura y puntual, garantizando el adecuado uso del vehículo y el cumplimiento de las normativas de tránsito.

Durante todo el tiempo que trabajo para mi dependencia, el señor **DANIEL ARIZA VALDERRAMA**, se destacó por su profesionalismo, compromiso, responsabilidad, y destreza en el manejo de las diferentes maquinarias asignadas. Además, demostró ser un trabajador con gran disposición para el aprendizaje, excelente actitud frente al trabajo en equipo y respeto por las normativas de seguridad laboral.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, para los fines que estime convenientes, en el municipio de Garzón (Huila) a los siete (7) días del mes de enero del año 2025.

ÓSCAR MAURICIO RAMIREZ VALDERRAMA.
C.C. N.° 12.196.701 expedida en Garzón (Huila).

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 06 de febrero de 2025, a las 14:06:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	12201959
Código de Verificación	1220195925020614062 8

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. 263716708

PIB
14:05:42
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de febrero 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) DANIEL ARIZA VALDERRAMA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 12201959

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

11960

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:09:40 PM horas del 06/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **12201959**

Apellidos y Nombres: **ARIZA VALDERRAMA DANIEL**

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.

11236

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:22:59 AM horas del 11/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **3099968**

Apellidos y Nombres: **BERNAL ROA BERNABE**

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: dijn.araic-atc@policia.gov.co

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva EPS

* 01 8 13109452 *

* 0115019512 *

5 1 2024

Beinal — Poa — Becnabe

3099968

28 03 1971 — Colombiana

Sura — Pradecesor

Calle 10 # 17-69

Villavicencio — Meta

31123082 73

Sum-tranacual — 901277107 — dependiente

Villavicencio — Meta

3204090409 — 01 04 2024 — Contributivo — 1300000

Becnabe Beinal

Traslado Cooselud sura — Codigo N1085

1123964



Esté carnet publico de Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Ever linton Ros
Apellidos:	Rosa Sarmiento
Documento de Identidad	97611949
Fecha de Nacimiento:	DIA 06 MES 06 AÑO 1990



Biológico	Dosis	Fecha	Profesional y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	Única		Auxiliar Area de la salud	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	16 05 19	22180	Auxiliar Area de la salud
	2	18-07-19	22180	
	3	15-10-19	22180	
	4			Auxiliar Area de la salud
	5			
	1			Centro de Salud Comunitario
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Profesional y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	16-2-19	23180	Auxiliar Area de la salud
Contra Influenza			
Otra			

CER_AFI_20260195938

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Everlinton Nossa Sarmiento identificado con CC. 97611949 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y/o Razón Social	BUILD ALTERNATIVA SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901854794

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/24	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5429001

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de febrero 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: **CC23022026N97611949A10420715.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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

113766

EVERLINTON NOSSA SARMIENTO



VILLAVICENCIO-META
C.C 97.611.949 DE SAN JOSE DEL GUAVIARE
CEL: 3212911622
FECHA DE NACIMIENTO: 04 DE JUNIO 1980
LUGAR DE NACIMIENTO: EL RETORNO GUAVIARE
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE
VILLAVICENCIO - META
PRADO DE SIBERIA - COVISAN

Hoja de Vida

PERFIL LABORAL

Soy una persona responsable, honesta, colaboradora, dedicada y comprometida con las laborales o funciones que me sean asignados, me destaco por la puntualidad el respeto y el orden, capaz de liderar proyectos, mi deseo es surgir en mi desarrollo integral y aportar beneficios a mi trabajo.

Everlinton Nossa Sarmiento

11376

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA	**ESCUELA C.D.R** **SAN JOSE DEL GUAVIARE**
SECUNDARIA	**COLEGIO C.D.R** **BACHILLER AAGROPECUARIO** **SAN JOSE DEL GUAVIARE**
SENA	**REPARACION Y MANTENIMIENTO DE MOTOS** **SAN JOSE DEL GUAVIARE**

EXPERIENCIA LABORAL

MURCIA CONSTRUCCIONES S.A.S
Cargo: Auxiliar de obra
Fecha: 21de enero de 2019 al 19 de julio de 2019
JEFE INMEDIATO:
RAUL
TEL:3223658168

MULTIVIAS Y PROYECTOS DE INGIENERIA
Cargo: maestro de obra
Fecha: 05 de marzo de 2015 al 30 de marzo de 2018
JEFE INMEDIATO:
NEVER DUVALIER JARABA

Everlinton Nossa Sarmiento

TEL: 320 838 1120

REFERENCIAS PERSONALES

VIVIANA UMAÑA
ENFERMERA
CEL: 320 985 3911
CHIPAQUE

FANNY STELLA HERNANDEZ
SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO
CEL: 322 365 2206
CHIPAQUE

REFERENCIAS FAMILIARES

ERIK JOEL NOSSA
ENFERMERO
CEL: 322 909 9894
RESTREPO - META

JOSE URIEL NOSSA
COMERCIANTE
CEL: 322 437 2131
SAN JOSE DEL GUAVIARE

EVERLINTON NOSSA SARMIENTO
C.C 97.611.949 DE SAN JOSE DEL GUAVIARE
CEL: 3212911622

Everlinton Nossa Sarmiento

Vigilado supervigilancia. Resolución N° 20184440106417 de 12 de Diciembre de 2018

Academia de Seguridad y Vigilancia

COGNO SEGURIDAD Ltda

Nit: 830.070.339-1

Hace constar que

Everlinton Noiza Sarmiento Con C.C *97.611.949*

FUNDAMENTACION VIGILANCIA

Programas aprobados y colocados a consideración según decreto Ley 356
Y resolución 20184440106417 S.V.S.P
Con intensidad de 100 horas

06 de marzo de 2020

Certificado No. ECSP1162-H11149

DIRECCIÓN GENERAL

DIRECCIÓN ACADÉMICA

Confecamaras

Fasecolda

Conasegur
Corporación Nacional de Empresas de Seguridad Privada
Afiliado

Gold Advisor for Excellence and Business Prestige New York 2013

ESQR'S Quality Achievement Award London 2013

OPM

ESQR'S Quality Performance Model Principles

QC 100

Modelo de Gestión de Calidad Total

Para verificar la autenticidad de este documento ingrese a www.cognoseguridad.com.co/certificados y consulte el NRO

Sede Principal Bogotá Calle 75 A #24-70 | PBX: 7454299 | Celular: 3105610135 | cognoseguridad@cognoseguridad.com

113769

Everlinton Nossa Sarmiento

113240

La República de Colombia

y en su nombre

La Concentración de

DESARROLLO RURAL

de San José del Guaviare

Creada por el Decreto No. 758 De Abril de 1975 y aprobada mediante
Resolución No. 242 del 27 Noviembre de 1975,
Emanada de la Secretaría de Educación del Departamento del Guaviare

Confiere a:

Nossa Sarmiento Everlinton

C.C. No. 97 611.949 San José del Guaviare

El Título de

Bachiller Agropecuario

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



Director

Libro de Registro No. 81-71

Acta No. 057 Folio No. 39

Dado en San José del Guaviare a 05 de diciembre de 1981

1/24

MULTIVIAS Y PROYECTOS DE INGENIERIA SAS

CERTIFICACION LABORAL

MULTIVIAS Y PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S

NIT.900428401-3

MULPRO 1/16

HACE CONSTAR

Que el señor **EVERLINTON NOSSA SARMIENTO** identificado con cedula de ciudadanía número **97.611.949** de El Retorno (Guaviare), Laboro con nuestra compañía por un periodo de 2 años contados a partir del 05 de marzo de 2016 a 30 de marzo de 2018 desempeñando el cargo de maestro de obra.

La certificación se expide a solicitud del interesado, y dirigido a quien interese a los 15 (quince) días del mes de mayo de 2018.

Atentamente,

NEVER DUVALIER JARAMA ARROYO

Ingeniero civil

Gerente General

Everlinton Nossa Sarmiento

1137 72

Murcia Construcciones S.A.S.

PR-222-F1

CERTIFICACION LABORAL

MURCIA CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT. 830.029.582-2
MC-CE-BOG-287-19

HACE CONSTAR

Que el señor **EVERLINTON NOSSA SARMIENTO** identificado con cédula de ciudadanía No. **97.611.949**, laboró con nuestra compañía desde el 21 de enero de 2019 hasta 19 de julio de 2019 con contrato individual de trabajo por término de obra, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE OBRA**.

La presente certificación se expide a solicitud de(a) interesado(a) el día primero (01) del mes de agosto de 2019.

Cordialmente,

GLORIA IRNEY SANCHEZ ROMERO
Gerente Administrativa y Financiera
Murcia Construcciones S.A.S.

Proyectó: ETMC
Revisó: ETMC
Aprobó: GISR

Calle 100 No. 8A – 37, Torre A, Oficina 205, Edificio World Trade Center
Telefonos: (57-1) 218 7708 - (57-1) 616 3220, Bogotá D.C., Colombia

Everlinton Nossa Sarmiento

11343

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 97.611.949
NOSSA SARMIENTO
APELLIDOS
EVERLINTON
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1980
EL RETORNO
(GUAVIARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-SEP-1998 SAN JOSE DEL GUAVIARE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1400700-00171307-M-0097611949-20090820 0015187537A 2 2867453

Colpensiones

1132755

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ULISES VANEGAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4968168,** se encuentra afiliado/a desde **27/09/1994** 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 12 de febrero 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.

113476

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	4968168
NOMBRES	ULISES
APELLIDOS	VANEGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	GRANADA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	03/04/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/12/2026 12:25:27	**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".

11377


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
4.968.168
VANEGAS
ULISES


21-SEP-1953
ALGECIRAS
(HUILA)
1.69
AB+
M
28-OCT-1974 SAN VICENTE DEL CAGUAN

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

11 3448

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Uribe - Meta	8 / 02 / 2026	Ayudante de obra	

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Vega		Ulises

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuanto es su aspiración salarial?
A- oficios Varios	4	$ 1'750 000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Algeciras - Huila	21 / Sep / 1953	Union libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
	Jardin	3106824794

Cédula de ciudadanía N°	(**) Libreta militar N°	
4968168		
Expedida en: San Vicente del caguan	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 ☒	William Gomez	3144743982	500.000

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria				
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente?	Horario

III. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Consorcio K19	Guamal - Meta	

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

7 702124 007790 ^

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	
PETROLEO / GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químico y Farmacéutico		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plástico		ELECTRICIDAD / GAS / AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCIÓN		INFORMÁTICO			

V. INFORMACION FAMILIAR

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

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

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

VII. INFORMACION 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 menciónalos					

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

C.C.

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**

11329

11348



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

4.968.168

VANEGAS

ULISES



21-SEP-1953

ALGECIRAS
(HUILA)

1.69 AB+ M

28-OCT-1974 SAN VICENTE DEL CAGUAN

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

11321

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:25:13 PM horas del 08/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **4968168**

Apellidos y Nombres: **VANEGAS ULISES**

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. 20552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.atencion.atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

11342

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	4968168
NOMBRES	ULISES
APELLIDOS	VANEGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	GRANADA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	03/04/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/08/2026 17:31:44	**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

113783

CER_AFI_2026817413502

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Ulises Vanegas identificado con CC. 4968168 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	2026/02/12	**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 11 días del mes de febrero 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: **CC11022026N4968168A8377680.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

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

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

SELECCIONE TIPO DE AFILIACIÓN (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 02 | 02 | 2026 — Afiliación primera vez: X — Adición personas a cargo: — Reafiliación: — Veteranos (Ley 1979/2019): —

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSE 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:	Segundo Apellido:	Nombres:						
RAMIREZ	HINESTROZA	SUREYDI	CC: X	TI:	CE:	PEP:	PPT:	No: 1.133.644.081

Fecha de Nacimiento: 27 | 12 | 2004 — Fecha de Expedición Documento: 04 | 01 | 2023 — Sexo: M: X — NB: — Celular: 3146088721

Cargo: AYUDANTE DE OBRA — Salario Básico Mensual: $1.760.905 — Fijo: X — Variable: — Tipo de Contrato: F: X

Fecha de Ingreso: 02 | 02 | 2026 — Correo Electrónico: sureydramirez@gmail.com

Dirección Residencia: CL 4 CS 8 — Barrio/Vereda: BRR JARDIN — Ciudad/Municipio: URIBE — 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)	ORIENTACIÓN SEXUAL	Heterosexual	Bisexual	Homosexual	No disponible: X

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: X No Disponible

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
Mc. Conflicto Armado no Desplazado	Ejercicio Trabajo Sexual	Hijo(a) Familia de Madre Cabeza	Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado	Población Migrante: No disponible

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

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

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

Correo Electrónico: — Celular:

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

DATOS DE PADRES, HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

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

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

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

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

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

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

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, ofertas, sorteos, promociones o demás 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, solvitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

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

Vigilado Supersubsidio

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

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia 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, indíquelo con una X la siguiente casilla: —

1133644

30042167

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-6

No.Radicación: 150602

FECHA DE RADICACIÓN: 05 02 2026

1137788

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] B. Cotizante o cabeza de familia [X] C. Beneficiario o afiliado adicional [ ] D. Colectivo [ ] E. Institucional [ ] G. 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: N1081

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: RAMIREZ | SEGUNDO APELLIDO: HINESTROZA | PRIMER NOMBRE: SUREYDI | SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1133644081 | 11. SEXO BIOLÓGICO: X | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X | Cual?:

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBEA | CHOCO | CONDOTO | 15. FECHA NACIMIENTO: 27 12 2004

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 | 17. COMUNIDAD INDÍGENA: | 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD: | 19. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI [ ] NO [X] | 20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: | NIVEL: | GRUPO: | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL: | 22. ARL: POSITIVA

23. APP: COLPENSIONES | 24. IBC: $1,750,905.00 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00 | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: CL 11 NO. 12 - 13

TELÉFONO: 7130 | TELÉFONO CELULAR: 3148088721 | CORREO ELECTRÓNICO: sureydramirez@gmail.com | DEPARTAMENTO: META

MUNICIPIO/ DISTRITO: LA URIBE | LOCALIDAD/COMUNA: | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RURAL AMPLIADO [ ] | IPS: 2535

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

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

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN | Cual?

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

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPTO	MPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
31												
32												
33												
34												
35												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. DISCAPACIDAD	47. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	48. DISCAPACIDAD	49. DATOS de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA
31										
32										
33										
34										
35										

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. MUNICIPIO DE LA IPS DEL AFILIADO (SEDE PRINCIPAL)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A DILIGENCIAR POR LA EPS)
31							
32							
33							
34							
35							

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

55. Nombres o razón social: TRITURADOS SAN JOSE SAS | 56. Tipo documento de identificación: X | 57. Número del documento de identificación: 901709155 | 57.1 Tipo de aportante a reportar (de acuerdo a la tabla No 3 PILA)

58. Dirección: KM 6 500 VIA URIBE LA JULIA | TELÉFONO FIJO Y CELULAR | tribusanjos@gmail.com | META | LA URIBE | 59. CÓDIGO MUNICIPIO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ASIGNACIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL REPORTE AL PILA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA REALIZAR APORTES COLECTIVOS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA REALIZAR APORTES COLECTIVOS [ ]
14. INVALIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) DESDE RÉGIMEN [ ]
B) DESDE EPS [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 62. SEXO BIOLÓGICO | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN | Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 02 02 2026 | 67. MOTIVO DE TRASLADO Código: | 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR ANTERIOR

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) relacionado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Excepción o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de vínculos de hasta mayor o igual tercero que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexar soporte de la Entidad. [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS autorice y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. [ ]
75. Autorización para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales para recibir información relacionada con mi afiliación y servicios de salud. [ ]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines estadísticos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los términos legales, incluso si estoy reportado en el "Registro de Morosos Excedido" (RMC). [X]
77. Aceptación de las condiciones para ingresar a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y los tarifas en Contribución Solidaria, según la normativa del Sistema vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. Para casos de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO

11 2366

CER_AFI_20260143973338

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

SUREYDI RAMIREZ HINESTROZA identificado con CC. 1133644081 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	2026/02/02	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5061105

Esta certificación se expide a los 31 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: **CC31012026N1133644081A5523521.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SUREYDI RAMIREZ HINESTROZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1133644081,** se encuentra afiliado/a desde **31/01/2026** 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 09 de febrero 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.

Colpensiones
NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2026_1880524
31/01/2026 12:52:10 p. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

20261880524

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA
Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE (X) INDEPENDIENTE ( )
Tipo de documento: CC (X) CE ( ) TI ( ) CD ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento: 1133644081
Fecha de Expedición: 04 01 2023 | Municipio Expedición | Departamento Expedición | Sexo: M ( ) F (X)
Primer nombre: SUREYDI | Segundo nombre
Primer apellido: RAMIREZ | Segundo apellido: HINESTROZA
Fecha nacimiento: 27 12 2004 | Municipio nacimiento: CONDOTO | Departamento nacimiento: CHOCO | Nacionalidad: COLOMBIA
Dirección de residencia: BR EL JARDIN | Barrio / vereda de residencia: JARDIN
Municipio de residencia: URIBE | Departamento de residencia: META
Teléfono de residencia | Celular: 3148088721 | Subsidio integral: Sí ( ) No (X)
Ocupación u oficio: Oficiales y operarios de la construcción | Ingreso mensual $: 1,750,905 | Es empleador: Sí ( ) No (X)
Correo electrónico: SUREYDIRAMIREZ71@GMAIL.COM | Alto riesgo: Sí (X) No ( )
AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: Sí (X) No ( )
Dirección de ubicación laboral | Barrio/ vereda de ubicación laboral
Municipio de ubicación laboral | Departamento de ubicación laboral | Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD ADMINISTRADORA

Tipo de documento: NIT (X) CE ( ) CD ( ) TI ( ) CC ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento: 901709155 | DV: 6 | Código CIIU
Naturaleza: Pública ( ) Privada (X) | Razón social o nombre: TRITURADOS SAN JOSE SAS
Dirección: KM 6 500 VI URIBE LA JULIA | Municipio: URIBE
Barrio / vereda | Departamento: META | Sucursal
Teléfono: 3102690706 | Celular | Ocupación u oficio
Correo electrónico: TSJ@CLP.COM.CO

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacimiento: Día | Mes | Año
Primer nombre | Segundo nombre
Primer apellido | Segundo apellido
Nacionalidad | Dirección de residencia
Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia
Sexo: M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico
Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacimiento: Día | Mes | Año
Primer nombre | Segundo nombre
Primer apellido | Segundo apellido
Nacionalidad | Dirección de residencia
Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia
Sexo: M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico
Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

Tipo de afiliación: Voluntario inicial (X) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad diferente ( ) Traslado por Retorno Favorable ( ) | Independiente: Sí ( ) No ( ) | Subrogado: Sí ( ) No ( )
Si marcó Traslado indique: Entidad Actual | Entidad a donde desea trasladarse
El afiliado debe estar bajo el régimen especial de pensiones: Sí ( ) No ( ) ¿Cuál? | Tarifa por la cual debe cotizar: %
1. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: Sí (X) No ( )
2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: Sí (X) No ( )

V. FIRMAS

Ruego corregir que mi selección de Régimen RPM no ha efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una atención clara, completa y adecuada, en virtud de la cual manifiesto que he recibido información que he elegido a COLPENSIONES como mi administradora de mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en este solicitud son verdaderos.

SUREYDI RAMIREZ HINESTROZA
CC. 1133644081
Documento firmado electrónicamente

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

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

"Ven por tu FUTURO"

ADI-GAF-FML-001_V4

cadena

1133644089

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	1133644081
NOMBRES	SUREYDI
APELLIDOS	RAMIREZ HINESTROZA
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	SUBSIDIADO	01/05/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/31/2026 12:41:35	**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**,

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

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

2026/02/12 **9:50 am** **Radicado:** 3729884

Recibe: LAURA SOFHIA BARBOSA BUENO
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: 1133644081 **Telefono:** 0
Nombre: RAMIREZ HINESTROZA SUREYDI

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

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

  1133644081 SUREYDI RAMIREZ HINESTROZA

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1133644081 SUREYDI RAMIREZ HINESTROZA

Observaciones:

2 FOLIOS
angejulethlarajimenez@gmail.com

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 están 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 33-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818323 ext. 3861
Linea Amiga 6808320 e-mail aendiarte@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado Superintendencia del Subsidio Familiar

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

Vigilado Superintendencia del Subsidio Familiar

11 3644081

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud EPS-S

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☒	2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Contribución solidaria: SI ☐ NO ☒

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: TAPIERO	Segundo apellido: ASCENCIO	Primer nombre: MILLER	Segundo nombre: JAVIER

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo de identificación: F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?
CEDULA DE CIUDADANIA	93.021.842		

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
COLOMBIANA	COLOMBIA	TOLIMA	ORTEGA	06 05 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: SI ☐ NO ☒	Categoría de discapacidad: Tipo	Condición

19. Tiene encuesta SISBEN: SI ☐ NO ☒	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	COLPENSIONES	1.750.905	

26. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CL5 CS3		3208568281	MILLERJAVIERTA@GMAIL.COM

Departamento	Municipio	Localidad / Comuna	Cabecera Municipal ☐	Centro Poblado ☒	Rural Disperso ☐	Resto Rural ☐
META	URIBE	CENTRO				

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo de identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

01				
02				
03				

	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	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
01														
02														
03														

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
01													
02													
03													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
01			
02			
03			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
c		
s	ESE MUNICIPAL DE URIBE- META	
s		
s		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
TRITURADOS SAN JOSÉ SAS	NIT	901.709.155	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
KM6+500 VIA URIBE LA JULIA	3102690706	tsj@clp.com.co	META	URIBE

VIGILADO Supersalud

11391

11392

capitalsalud
eps-s

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.
- ☒ 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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TAPIERO	ASCENCIO	MILLER	JAVIER

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	93.021.842	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cual?	0 6 0 5 1 9 8 4

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	2 3 0 2 2 0 2 6	Código ☐	COLPENSIONES

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.
- ☒ 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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad
☐	

IX. FIRMAS

MILLER JAVIER TAPIERO ASCENCIO

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando agregue a afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Total Anexos: ☐

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
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 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.

11293

CER_AFI_20260219437427

POSITIVA
Compañía de Seguros

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Miller Javier Tapiero Ascencio identificado con CC. 93021842 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	2026/02/23	**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 21 días del mes de febrero 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: **CC21022026N93021842A10305248.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MILLER JAVIER TAPIERO ASCENCIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **93021842**, se encuentra afiliado/a desde **23/02/2026** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de febrero 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.

Colpensiones
NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2026_3649034
23/02/2026 11:51:47 a. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

20263649034

1124215

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA
Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE (X) INDEPENDIENTE ( )

Tipo de documento: CC (X) CE ( ) TI ( ) RC ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento: 93021842
Fecha de Expedición: 18 11 2002 | Municipio Expedición | Departamento Expedición | Sexo: M (X) F ( )
Primer nombre: MILLER | Segundo nombre: JAVIER
Primer apellido: TAPIERO | Segundo apellido: ASCENCIO
Fecha nacimiento: 08 05 1984 | Municipio nacimiento: ORTEGA | Departamento nacimiento: TOLIMA | Nacionalidad: COLOMBIA
Dirección de residencia: CARRERA34 50 01 | Barrio / vereda de residencia: CENTRO
Municipio de residencia: URIBE | Departamento de residencia: META
Teléfono de residencia | Celular: 3208568281 | Salario integral: Sí ( ) No (X)
Ocupación u oficio: Obreros y peones de explotaciones agr | Ingreso mensual $: 1,750,905 | Es empleador: Sí ( ) No (X)
Correo electrónico: MILLERJAVIERTA@GMAIL.COM | Alto riesgo: Sí (X) No ( )
AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/solicitante acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, extractos de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites de afiliación a través de mensajes a medios electrónicos, dispositivos y aplicaciones móviles que para tal efecto haya puesto a su disposición, incluyendo pero sin limitarse a mensajes de texto, correo electrónico, aplicaciones móviles, redes sociales y mensajes instantáneos. | Sí (X) No ( )
Dirección de ubicación laboral | Barrio/ vereda de ubicación laboral
Municipio de ubicación laboral | Departamento de ubicación laboral | Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: NIT (X) CE ( ) CD ( ) TI ( ) CC ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento: 901709155 | DV: 6 | Código CIIU
Naturaleza: Pública ( ) Privada (X) | Razón social o nombre: TRITURADOS SAN JOSE SAS
Dirección: KM 6 500 VI URIBE LA JULIA | Municipio: URIBE
Barrio / vereda | Departamento: META | Sucursal
Teléfono: 3102690706 | Celular | Ocupación u oficio
Correo electrónico: TSJ@CLP.COM.CO

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacimiento: Día Mes Año
Primer nombre | Segundo nombre
Primer apellido | Segundo apellido
Nacionalidad | Dirección de residencia
Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia
Sexo: M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico
Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacimiento: Día Mes Año
Primer nombre | Segundo nombre
Primer apellido | Segundo apellido
Nacionalidad | Dirección de residencia
Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia
Sexo: M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico
Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

Tipo de solicitud: Afiliación inicial (X) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad dentro ( ) Traslado por Selección Especial ( ) | Sí ( ) No ( ) | Sí ( ) No ( )
Si marcó Traslado indique: Entidad actual | Entidad a donde desea trasladarse
El afiliado debe cotizar hasta el régimen especial de pensiones: Sí ( ) No ( ) ¿Cuál? | Fecha con la que desea cotizar | N.º
I. AUTORIZACIÓN PARA ACREDITAR, CONSULTAR, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/solicitante autoriza a quienes en virtud de la ley deban suministrar información, a COLPENSIONES, así como a la entidad financiera, administradora y autorizada, a cualquier título, para que suministren a COLPENSIONES, en cualquier momento, la información que requiera para verificar el cumplimiento de los requisitos para acceder a las prestaciones económicas del Sistema General de Pensiones, así como la información relacionada con el monto de los aportes, tiempo de servicio, semanas cotizadas, historia laboral, factores salariales, ingresos base de cotización, tiempos

11329611

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	93021842
NOMBRES	MILLER JAVIER
APELLIDOS	TAPIERO ASCENCIO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA MACARENA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	01/04/2014	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/23/2026 11:39:07	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".

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.021.842**

TAPIERO ASCENCIO

APELLIDOS

MILLER JAVIER

NOMBRES

MILLER JAVIER
TAPIERO ASCENCIO

FIRMA



Powered by CamScanner

113797



FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1984**

ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-NOV-2002 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

NDICE DERECHO

A-4401000-00305139-M-0093021842-20110601 0027112317A 1 36464566

Powered by CamScanner

113798

1132965.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995 489 y 443 de 1998)

ESTADO INFORMATIVO

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Tapiero	Ascencio	Hillan Javier

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C. ✓ C.E. PAS. No. 9302184 2.

SEXO: F. M. ✓

NACIONALIDAD: COL. ✓ EXTRANJERO. PAIS:

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE. SEGUNDA CLASE. NÚMERO. D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAIS: DIA 06 MES 05 AÑO 1984

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Ortega

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAIS: Colombia DEPTO: meta

MUNICIPIO: Onbe

TELEFONO: 3208568281 EMAIL: 3209527483

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TITULO OBTENIDO	
PRIMARIA				SECUNDARIA			MEDIA				FECHA DE GRADO	
1o	2o	3o	4o	5o	6o	7o	8o	9o	10o	11o	MES	AÑO

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ÉSTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO. EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA

TC (TECNICA). TL (TECNOLOGICA). TE (TECNOLOGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACION). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DOC (DOCTORADO O PhD).

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

1138000

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Agricultor	8	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACION PUBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA SON VERACES. (ARTICULO 5o DE LA LEY 190 95)

Miguel JAVIER TAPIERO

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION LABORAL SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HA SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No 018000917770 PAGINA WEB www.dafp.gov.co

1083

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número Identificación:

93021842

¿ Cuanto es 2 X 3 ?

5

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) MILLER JAVIER TAPIERO ASCENCIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 93021842.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuito en todo el país.
Fecha de consulta: martes, Febrero 17, 2026 - Hora de consulta: 12:40:29

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: [illegible] Colombia
V 1.0.1

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 17 de febrero de 2026, a las 12:39:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	93021842
Código de Verificación	930218422600217123923

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. 291439429

PIB
12:45:57
Hoja 1 de 01

113803

Bogotá DC. 17 de febrero 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) MILLER JAVIER TAPIERO ASCENCIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 93021842:

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 desempeñan 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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCION :
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

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 17/02/2026 12:41:52 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **93021842** y Nombre: **MILLER JAVIER TAPIERO ASCENCIO.**

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. **134937118** . 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

113804

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:37:54 PM horas del 17/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **93021842**

Apellidos y Nombres: **TAPIERO ASCENCIO MILLER JAVIER**

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.

113805

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

División de Subsidios FO-113-01-F01

Fecha de Diligenciamiento: 24 / 02 / 2026

Página 1 de 1 | Versión: 21 | Fecha de Vigencia: 2026-01-20

113806

I.INFORMACION DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Afiliación Primera Vez: X | Reafiliación: | Adición de Beneficiarios: | Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador(a): | Veteranos Ley (1979/2019):

Nombre Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT (●) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) CE ( ) SC ( ) N°: 901.709.155 | Celular: 3102690706

Dirección Principal del Empleador: KM6+500 VIA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | Ciudad/Municipio: META

II.INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido: TAPIERO | Segundo Apellido: ASCENCIO | Nombres: MILLER JAVIER

Tipo de Identificación: TI (X) CC PEP PPT CE SC | N°: 93.021.842 | Sexo: F (X) NB | Celular: 3208568281

Fecha de Nacimiento: 06 / 05 / 1984 | Fecha de Expedición: 18 / 11 / 1984 | Correo Electrónico: MILLERJAVUERTA@GMAIL.COM | Profesión:

Dirección de Residencia: CR 34 #50-01 | Barrio/Vereda: CENTRO | Ciudad/Municipio: URIBE - META | RURAL | URBANO (X)

País: COLOMBIA | Resguardo: | Pueblo Indígena:

Estado Civil: Soltero (X) | Casado | Unión Libre | Separado | Divorciado | Viudo

Pertenencia Étnica: Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Raizal/Isleño | No Disponible | No se Autoreconoce | Pueblo Rrom/Gitano

Orientación Sexual: Heterosexual (X) | Homosexual | Bisexual | No Disponible

Nivel de Escolaridad: Preescolar | Básica Primaria (X) | Básica Secundaria | Media Académica | Básica Adultos | Secundaria Adulto | Media Adultos | Universitario | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional | Posgrado Maestría | Secundaria Normalista | Ninguno

Factor Vulnerabilidad: Condición Discapacidad | Desplazado | Damnificado Desastre Natural | Desmovilizado o Reinsertado | Población Zonas Fronteras | Víc. Conflicto Armado no Desplazado | Ejercicio Trabajo Sexual | Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado | Hijo(a) Familia de Madre Comisaria | Población Migrante | No Disponible (X) | No Aplica

III.INFORMACION DE LA AFILIACION (Diligencie o marque con una X)

Fecha de Ingreso: 23 / 02 / 2026 | Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Salario Básico Mensual ($): 1.750.905 | Tipo de Salario: Fijo (X) Variable | Tipo de Contrato: Fijo | Indefinido (X)

Dirección de la Empresa donde Labora: KM6+500 VIA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: LA JULIA | Ciudad/Municipio: URIBE - META

Empleador Anterior: | Fecha de Retiro: DD / MM / AAAA

IV.DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso: DD / MM / AAAA

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso: DD / MM / AAAA

V.DATOS DEL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Nombres:

Tipo de Identificación: TI CC PEP PPT CE SC | N°: | Sexo: F M BN | Celular:

Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA | Fecha de Expedición: DD / MM / AAAA | Correo Electrónico: | País:

Dirección de Residencia: | Barrio/Vereda: | Ciudad/Municipio: | RURAL | URBANO

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

VI.DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUÉRFANOS Y BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

Documento		Beneficiarios	Sexo		Parentesco					Fecha Nacimiento			Fecha Expedición			Discapacidad	
Tipo	Número ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	En Custodia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	SI	NO

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 cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos:

Nombres y Apellidos: | Correo Electrónico: | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la omisión de las normas sobre salario mínimo es causal de desafiliación según el artículo 49 de la ley 21 de 1982. Así mismo, declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Cofrem a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto en tal sentido o a él, por este concepto o por el reporte oportuno de las novedades (Artículo 37, Ley 21 de 1982).

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y expresa a los servidores y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal así como los datos personales de mi núcleo familiar, incluyendo datos sensibles y de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co, información que será utilizada para las siguientes finalidades:
*Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general por sí misma o mediante su entrega a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
*Lograr una efectiva comunicación de nuestros servicios sociales, programas, eventos, estudios, concursos, ferias, sorteos, promociones o contratos relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
*Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
*Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
*Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.
Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicadas durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento o seguridad de los datos personales deban ser eliminados. Los titulares podrán ejercer sus derechos de autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designen.

MILLER TAPIERO
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR

FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del jefe de área de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán. Un asesor 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: [ ]

IMPORTANTE:

Los documentos que presenten alteraciones, enmendaduras no validas serán no validos por la Caja, la información registrada podrá ser verificada en cualquier momento y en caso de fraude se aplicaran las sanciones de Ley. Cofrem reconocerá la cuota monetaria a los trabajadores únicamente a partir de la fecha que presenten los documentos de acuerdo a los términos señalados en la Ley y para lo cobro se debe presentar el original del documento de identificación en los puntos autorizados.

EL VALOR APORTADO POR LOS EMPLEADORES NO PUEDE SER DESCONTADO DEL SALARIO MENSUAL DE LOS TRABAJADORES

CER_AFI_2026015767395

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Michael Stiven Vargas Tascon identificado con CC. 1120098908 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	2026/02/05	**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 4 días del mes de febrero 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: **CC04022026N1120098908A6809634.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

2026 11

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi

I. DATOS DEL TRÁMITE

A. AFILIACIÓN

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

1. Apellidos y nombres			
VARGAS	TASCON	MICHAEL	STIVEN
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

2. Tipo de documento de identidad	3. No. de documento de identidad	4. Sexo	5. Fecha de nacimiento	6. Estado civil	7. No. de hijos
CEDULA	1.120.098.908	X	23 11 2007	SOLTERO	

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

8. Etnia	9. Nivel educativo	10. Ocupación	11. Número de teléfono celular

12. Régimen al que pertenece	13. Administradora a la que pertenece	14. Promedio mensual de ingresos
POSITIVA	COLPENSIONES	1'750.905

15. Dirección	16. Municipio	17. Teléfono	18. Correo electrónico
CL 6 CS 5		321 2224677	VARGASTASCONM@GMAIL.COM

19. Zona de residencia	20. Departamento
URIBE X	BR LA ESPERANZA / META

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

	1. Apellidos y nombres				2. Tipo de documento de identidad	3. No. de documento de identidad	4. Sexo	5. Fecha de nacimiento	6. Parentesco	7. Ocupación	8. No. de hijos
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre							
01											
02											
03											
04											
05											

Datos complementarios

	9. Etnia	10. Nivel educativo	11. Régimen al que pertenece	12. Administradora a la que pertenece	13. Promedio mensual de ingresos	14. Dirección de residencia	15. Teléfono	16. Correo electrónico
01								
02								
03								
04								
05								

	17. Zona de residencia	18. Departamento	19. Municipio	20. Fecha de ingreso	21. Parentesco	22. Ocupación	23. No. de hijos
01							
02							
03							
04							
05							

Selección de la IPS primaria

01		
02	ESE MUNICIPAL DE URIBE - META	
03		
04		

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

1. Razón social o nombre completo	2. Tipo de documento de identificación	3. No. de documento de identificación	4. Fecha de ingreso
TRITURADOS SAN JOSE SAS	NIT	901.709.156-6	

5. Dirección	6. Teléfono	7. Correo electrónico	8. Municipio	9. Departamento
KM 6+500 VIA URIBE LA JULIA	3102690706	TSJ@CLP.COM.CO	URIBE	META

II. REPORTE DE NOVEDADES

X

X

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

VARGAS	TASCON	MICHAEL	STIVEN
CEDULA	1.120.098.909		23 11 2007 (Fecha de nacimiento) / 05 02 2026 (Fecha de ingreso)
			COLPENSIONES

X

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

X

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

1

X

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

113809

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

Dependencia Generadora: Div. Comercial y de Mercadeo
Fecha de Vigencia: 2016-09-25

2026/02/12 **11:34 am** **Radicado:** 3730091

Recibe: LAURA SOFHIA BARBOSA BUENO
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: 1120098908 **Telefono:** 0
Nombre: VARGAS TASCON MICHAEL STIVEN

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Copia cédula de ciudadania**

  1120098908 MICHAEL STIVEN VARGAS TASCON

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1120098908 MICHAEL STIVEN VARGAS TASCON

Observaciones:
2 FOLIOS
angiejulethlarajimenez@gmail.com

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 33 A 09 Villavicencio, Meta PBX 6818532 ext. 3801
Linea Amiga 6818370 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

11310

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	05	02	2026	Afiliación primera vez		Adición personas a cargo	X	Reafiliacion		Veteranos (Ley 1979/2019)	

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSE SAS — 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	Segundo Apellido	Nombres		TI	CE	PEP	PPT	No.
VARGAS	TASCON	MICHAEL STIVEN	X					1.120.098.908

Fecha de Nacimiento	23	11	2007	Fecha de Expedición Documento	24	11	2025	Sexo	X	F	NB	Celular: 3212224677

Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Salario Básico Mensual: $1.750.905	F	X	Variable	Tipo de Contrato	F	X

Fecha de Ingreso	05	02	2026	Correo Electrónico: michaelstivenvargas@gmail.com			

Dirección Residencia: CLL 12 CS 5	Barrio/Vereda: BRR LA ESPERANZA	Ciudad/Municipio: URIBE	Rural	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	Bisexual	Homosexual	No disponible X

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básico	Secundaria	Media	Básicos Adultos	Secundaria Adulto		Media Adultos
1ª Infancia	Técnico Profesional	Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado/Maestría	Secundaria Normalista	Ninguno	Informal X No Disponible

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

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

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

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

Correo Electrónico: — Celular:

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

DATOS DE PADRES, HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

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

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

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

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

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

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

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

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

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

Versión Superintendio

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 lo estipulado.

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

1321

CER_AFI_2026015767385

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Michael Stiven Vargas Tascon identificado con CC. 1120098908 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	2026/02/05	**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 4 días del mes de febrero 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: **CC04022026N1120098908A6809634.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Colpensiones

11383

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MICHAEL STIVEN VARGAS TASCON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1120098908,** se encuentra afiliado/a desde **07/02/2026** 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 09 de febrero 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.

minerva
10-03

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligenciar hoja de vida en LETRA CLARA y MOLDE

Fecha: 28 | Octubre | 2026

Empleo o cargo al que aspira: Ayudante

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Resolución Ejecutiva Art. 14 de 1974 Art. 5 Convenio 111 OIT



Apellidos del aspirante: Ramirez Hinestroza

Nombre(s) del aspirante: Sureydi

Fecha de nacimiento: 27 | Dic | 2004

Lugar de nacimiento: Condoto - Chocó

Dirección domicilio / Barrio: Bo. Jardín

Ciudad: Uribe - meta

Teléfono:

Nº. Celular: 314 8088721

Correo electrónico:

Nacionalidad: colombiana

Profesión, ocupación u oficio: Oficios Varios

(*) Estado civil: Unión libre

Años de experiencia laboral: 5 años.

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 1133644081

Extranjería: [ ] Expedida en: San José del Guaviare

(**) Libreta militar No.: Primera clase: [ ]

Distrito No.: Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional No.:

¿Tiene vehículo? Si [ ] No [ ]

Licencia de conducción No.: Categoría:

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [ ]

¿En qué empresa?

Empleado: [ ] Independiente: [ ]

Tipo de contrato:

¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [ ]

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [ ]

Fecha: | |

¿Conoce a alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ]

Nombre:

Dependencia:

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [ ]

Nombre:

Dependencia:

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

¿Acepta trabajar en otra ciudad o sitio distinto a actualmente conocido? Si [ ] No [ ]

Vive en casa: Propia? [ ] Familiar? [ ] Arrendada? [ ]

Nombre del arrendador:

Teléfono:

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [ ]

Describalo e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $

¿Por qué conceptos?

¿Cuánto es su expectativa salarial? $

¿Cuál es su principal afición?

¿Practica algún deporte? Si [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

¿Alguna vez ha estado relacionado con su departamento por algún concepto? (Empleado, contratista, asesor, cliente, proveedor, familiar, amistad, ninguna)

19706006

1124007813

11364V

11385

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre (esposo(a) o compañero(a))	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Henry Dario Gomez	Aquabot de obra.	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono** / **Ciudad**
Aquabot de obra	Calle meta.	315 5488240 / Calle M.
No. de personas que dependen económicamente de usted	**Parentesco**	**Edades**
1	Compañero	25

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Rosalba Hernandez	Oficios Varios	311 6138346.
Jesus Maximo Gomez	Oficios Varios	311 4177178

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	NO. GRADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato: Académico X / Técnico / Comercial / Otro	2021		Bachiller A	IE Manuel Mosquera M	Ciudad Ch-
Educación Superior: Técnico					
Tecnológico					
Profesional					
Posgrados					

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

¿Curso estudios actualmente? Si X No

¿Que tipo de estudios? Negocios Internacionales

Duración (años, semestres, meses): 10 Semestres

Año / semestre que cursa: Sexto Semestre

Nombre de la institución: UNAD

Horario: Diurno / Nocturno / Fin de semana / A distancia X

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

¿Que programas maneja?

1	R	B	MB	3	R	B	MB
2	R	B	MB	4	R	B	MB

Idiomas Si No X

¿Que idioma(s) conoce?

	Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
1	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
2	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

Nota: en caso de ser contratado(a) hacer 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 ULTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

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

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

Funciones realizadas:

Nombre de su jefe inmediato: Cargo:

Logros obtenidos:

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

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción ☐

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Tenemos el procedimiento gratuito.

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

X Sulcy Ramirez
C.C. X 1133644081

minerva

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

11836

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, 28/01/2026 02:58:16 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1133644081** y Nombre: **SUREYDI RAMIREZ HINESTROZA.**

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. **133701066** . 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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 28 de enero de 2026, a las 14:49:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1133644081
Código de Verificación	113364408126012814492 6

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 02:46:29 PM horas del 28/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1133644081**

Apellidos y Nombres: **RAMIREZ HINESTROZA SUREYDI**

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.oriac-atc@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290200212

PIB
14:52:44
Hoja 1 de 01

Bogotá DC. 28 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) SUREYDI RAMIREZ HINESTROZA identificado(a) con Cédula de ciudadania número 1133644081

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)

ATENCION :
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.

13821

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Miércoles, 28 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que SUREYDI RAMIREZ HINESTROZA identificado con cédula de ciudadanía 1133644081, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3148088721	87063460246	ACTIVA	18-07-2023

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

REPÚBLICA DE COLOMBIA

1.133.644.081



RAMIREZ HINESTROZA

SUREYDI

COL 1 58 F

27 DIC 2004 O+

CONDOTO (CHOCO)

04 ENE 2023 SAN JOSE DEL GUAVIARE

05 ENE 2033

I<COL1012965658654001<<<<<<<<<<<<
0412270F3301052COL1133644081<7
RAMIREZ<HINESTROZA<<SUREYDI<<<

República de Colombia, Departamento del Chocó

y en su nombre

Institución Educativa Manuel Mosquera Moreno

Registro DANE 227205000296 códigos ICFES161646
Nit. 900477852-0
Resolución prórrogada por resolución N. 1685 del 15/09/20
MUNICIPIO DE CONDOTO-OPOGODÓ

Prorroga de reconocimiento de estudios 1697 del 2 de agosto 2021

Confiere a :

Sureydi Ramirez Hinestroza

T.I. 1.133.644.081

El Titulo de:

Bachiller Técnico Agropecuario

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, según los planes y programas de estudio vigentes adoptados en nuestro Proyecto Educativo Institucional, acordes con la Ley 115 de 1994, el Decreto 1860 del 3 de agosto de 1994, Decreto 1290 del 16 de abril de 2009 - y el Decreto Único Reglamentario 1075 del 26 de mayo de 2015

RECTOR

PROM 2021

SECRETARIA

Anotado para efectos legales en el libro de Registro de Diploma

No. 01 *Folio* 216

Expedido en Opogodó a los 04 dias del mes de Diciembre de 2021

113723

DEPARTAMENTO DEL CHOCO
MUNICIPIO DE CONDOTO - OPOGOD
INSTITUCION EDUCATIVA AGROPECUARIA MANUEL MOSQUERA MORENO
Registro DANE 227205000296 códigos ICFES 161646
Nit 900477852-0
Resolución de aprobación 4159 del 18/10/13
Prorrogada por Resolución Nro. 1685 del 15 de septiembre del 2020
Prorroga de reconocimiento de estudios Resolución Nro. 1697 del 2 de Agosto del 2021

ACTA N° 14

El día 4 de Diciembre de 2021 en el corregimiento de Opogodó, Municipio de Condoto, Departamento del Choco, en el aula múltiple de la Institución Educativa Agropecuaria Manuel Mosquera Moreno, le otorgó el título de **BACHILLER AGROPECUARIO**, a la estudiante **RAMIREZ HINESTROZA SUREYDI** , con C. C. N°1133644081 de Condoto.

Extraído del Acta General Número 015. Que consta de 17 estudiantes graduandos como **BACHILLER AGROPECUARIO** que inicia con el nombre de **ASPRILLA IBARGUEN JUAN CARLOS** y se cierra con el nombre de **VARGAS RAMIREZ ZULEIDY**

Registrado para efectos legales de conformidad con la Resolución Número 1697 del 2 de Agosto del año 2021. Y en el libro de Registro de Diplomas del plantel en el folio No. 246, del libro No. 01

Dado en el corregimiento de Opogodó a los 4 días del mes de Diciembre de 2021

Firmado por:

SIXTA TULIA VIAFARA AYALA
CC No.26.328.623 de Istmina
Rectora
I.E. MANUEL MOSQUERA MORENO

LUCY MIREYA LOZANO DIAZ
C.C.N° 35850448 de Condoto
secretaria
I.E. MANUEL MOSQUERA M.

Colpensiones
NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2026_2470444
07/02/2026 11:38:01 a. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

"20262470444"

113825

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA
Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE (X) INDEPENDIENTE ( )

Tipo de documento: CC (X) CE ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento: 1120098908
Fecha de Expedición: 24 11 2025 | Municipio Expedición | Departamento Expedición | Sexo: M (X) F ( )
Primer nombre: MICHAEL | Segundo nombre: STIVEN
Primer apellido: VARGAS | Segundo apellido: TASCON
Fecha nacimiento: 23 11 2007 | Municipio nacimiento: PUERTO ASIS | Departamento nacimiento: PUTUMAYO | Nacionalidad: COLOMBIA
Dirección de residencia: BR LA ESPERANZA | Barrio / vereda de residencia: BRR LA ESPERANZA
Municipio de residencia: URIBE | Departamento de residencia: META
Teléfono de residencia | Celular: 3212224677 | Soltero (a): SI ( ) NO (X)
Ocupación u oficio: Oficiales y operarios de la construcción | Ingreso mensual $: 1,750,905 | Es pensionado: SI ( ) NO (X)
Correo electrónico: LAPORCIUNCULASAS@CLP.COM.CO | Alto riesgo: SI (X) NO ( )
AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/cotizante acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicados relacionados con sus aportes a los buzones o medios electrónicos, cibernéticos o telefónicos (correo electrónico, página web y mensaje móvil). | SI (X) NO ( )
Dirección de ubicación laboral | Barrio/ vereda de ubicación laboral
Municipio de ubicación laboral | Departamento de ubicación laboral | Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGREMIADORA

Tipo de documento: NIT (X) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento: 901709155 | DV: 6 | Código CIIU
Naturaleza: Pública ( ) Privada (X) | Razón social o nombre: TRITURADOS SAN JOSE SAS
Dirección: KM 6 500 VI URIBE LA JULIA | Municipio: URIBE
Barrio / vereda | Departamento: META | Sucursal
Teléfono: 3102690706 | Celular | Ocupación u oficio
Correo electrónico: TSJ@CLP.COM.CO

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año
Primer nombre | Segundo nombre
Primer apellido | Segundo apellido
Nacionalidad | Dirección de residencia
Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia
Sexo: M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico
Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año
Primer nombre | Segundo nombre
Primer apellido | Segundo apellido
Nacionalidad | Dirección de residencia
Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia
Sexo: M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico
Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

Tarifa de aportes: Dependiente (X) Trabajador de régimen especial ( ) Pensión de entidad extranjera ( ) Pensión por Beneficios Familiares ( ) | Independiente: Si ( ) No ( ) | Cotizante: Si ( ) No ( )
Si marcó Trabajador Público: Entidad Actual | Entidad a donde desea trasladarse
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones: Si ( ) No ( ) ¿Cuál? | Cuota ideal a que tiene derecho: %
1. AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO, CONSULTA, USO Y ENVÍO DE INFORMACIÓN: El afiliado/cotizante acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, el manejo de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y suministro relacionado con la prestación, gestión, administración, parametrización, actualización y mejora de los trámites, demás servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, divulgación, modificación y uso de la información que reposa en bases de datos, archivos públicos privados y bancos que tengan información del afiliado/cotizante para realizar los trámites que se refieran a los productos, trámites y servicios de los diferentes subsistemas del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. Si (X) No ( )
2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y CARGUE DE INFORMACIÓN: El afiliado/cotizante acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, directamente o a través de terceros con los mecanismos, herramientas y procedimientos, realice la verificación y cargue de la información suministrada por el afiliado/cotizante en los documentos de vinculación en los formularios que existan o llegaren a existir, así como la información relacionada con sus datos básicos, de ubicación, de contacto, de historia laboral, de aportes, de semanas cotizadas, de novedades, de ingresos base de cotización, de tiempos de servicio, de tiempos simultáneos, de bonos pensionales, de cuotas partes pensionales, de historia clínica, de calificación de invalidez y demás información que se requiera para adelantar el trámite de reconocimiento pensional. Si (X) No ( )
3. La información relacionada con este medio para efectos previstos en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios. Si (X) No ( )

V. FIRMAS

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

Bajo gravedad de juramento manifiesto que la selección de Régimen RPM que efectúo en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, objetiva y completa en virtud de la cual entiendo que de manera voluntaria he escogido a COLPENSIONES para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

MICHAEL STIVEN VARGAS TASCON
CC. 1120098908
Documento firmado electrónicamente

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE | HUELLA AFILIADO | FIRMA(S) Y NOMBRE(S) DEL REPRESENTANTE LEGAL O FUNCIONARIO AUTORIZADO | TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL O FUNCIONARIO AUTORIZADO

DECLARACIÓN JURAMENTADA QUE LOS NOTIFICADORES DEBERÁN INCLUIR EN EL PRESENTE DOCUMENTO EN LA QUE CORRESPONDERÁ LA INFORMACIÓN QUE HE NOTIFICADO ELECTRÓNICAMENTE

AD-GAF-FME-001_V6

"Ven por tu FUTURO"

cadena

minerva
10-03

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

1138826

Fecha: 02 - 02 - 2026

Empleo o cargo al que aspira: Ayudante de obra

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional: Ley 13 de 1972 Art. 6 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante: Vargas Tascon

Nombre(s) del aspirante: Michael Stiven

Fecha de nacimiento: 23 - 11 - 2007

Lugar de nacimiento: Puerto asis

Dirección domicilio / Barrio: Barrio La esperanza

Ciudad: Uribe Meta

Teléfono:

N° Celular: 3212224677

Correo electrónico: vargostasconm@gmail.com

Nacionalidad: Colombiano

Profesión / ocupación u oficio:

(*) Estado civil: Soltero

Años de experiencia laboral:

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [x] No. 1120098908
Extranjería: [ ] Expedida en:

(*) Libreta militar No.: Primera clase: [ ]
Distrito No.: Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional No.:

¿Tiene vehículo? Si: [ ] No: [x]

Licencia de conducción No.: Categoría:

II. PERFIL LABORAL

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

Soy un joven con ambicion y aspiraciones laborales, soy responsable, amable, atento y puntual

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si: [ ] No: [x]

¿En qué empresa?

Empleado: [ ] Independiente: [ ]

Tipo de contrato:

¿Trabajó antes en esta empresa? Si: [ ] No: [x]

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si: [ ] No: [x]

Fecha: - -

¿Conoce a alguien de esta empresa? Si: [ ] No: [x]

Nombre:

Dependencia:

¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si: [ ] No: [x]

Nombre:

Dependencia:

¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio: [ ] Amigo: [x] Redes Sociales: [ ] Por medio de agencia: [ ] Otro: [ ] ¿Cuál?

¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si: [ ] No: [x]

Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Arrendada? [x]

Nombre del arrendador:

Teléfono:

¿Hace cuánto tiempo vive en este lugar?

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si: [ ] No: [x]

Describalo e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1'000.000

¿Por qué concepto?

¿Cuánto es su aspiración salarial? $ lo asignado

¿Cuál es su principal afición?

¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si: [ ]

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

106

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

11 3827

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

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

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico / Técnico / Comercial / Otro					
Educación Superior Técnico					
Tecnológico					
Profesional					
Posgrados					

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

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

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R-Regular** (50 a 80%) **B-Bueno** (81 a 90%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

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

Nota: en caso de ser preseleccionado 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 PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha ingreso: D M A	Fecha Retiro: D M A
Sueldo Inicial $	Sueldo Final $		
Funciones realizadas			
Nombre de su jefe inmediato	Cargo		
Logros obtenidos			
Tipo de contrato: Indefinido ☐ Fijo ☐ ¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐	Otro ☐ ¿Cuál?	
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐	Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐		
Motivo del retiro			

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción

Nota importante

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

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1657 (Legis).

Firma del solicitante

C.C. 1120098908

minerva

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

VIII. NOTAS ADICIONALES

minerva

17380

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.120.098.908

VARGAS TASCON

MICHAEL STIVEN

COL

1.54

M

23 NOV 2007

A+

PUERTO ASIS (PUTUMAYO)

24 NOV 2025. URIBE

24 NOV 2035

085203119

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL085203198520 74<<<<<<<<<<
0711238M3511244COL1120098908<2
VARGAS<TASCON<<MICHAEL<STIVEN<

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

1138831

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 02 de febrero de 2026, a las 17:39:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1120098908
Código de Verificación	1120098908260202173901

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

11283211

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policia Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:38:00 PM horas del 02/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1120098908**

Apellidos y Nombres: **VARGAS TASCON MICHAEL 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 **Policia 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.atic@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290572099

PIB
17:36:31
Hoja 1 de 01

1138833

Bogotá DC, 02 de febrero 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) MICHAEL STIVEN VARGAS TASCON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1120098908.

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 derivan 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.

30097455

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT: 900.156.264-2

No.Radicación: 207960

FECHA DE RADICACIÓN: 26 02 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) 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: N10BL

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: NITO | SEGUNDO APELLIDO: SAEZ | PRIMER NOMBRE: LUIS | SEGUNDO NOMBRE: GREGORIO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006823349 | 11. SEXO BIOLÓGICO: X | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X | Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | META (DEPARTAMENTO) | VILLAVICENCIO (MUNICIPIO) | 15. FECHA NACIMIENTO: 09 12 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 | 17. OTRA CUAL? | 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI [ ] NO [X] | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN | NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL: POSITIVA

23. AFP: PORVENIR | 24. IBC: $1,750,905.00 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00 | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: CL 11 NO. 12 - 13 CENTRO

TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR: 3217910929 | CORREO ELECTRÓNICO: luisnino1996@gmail.com | DEPARTAMENTO: META

MUNICIPIO/ DISTRITO: LA URIBE | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: URBANA [X] RURAL [ ] | PS: 2535

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

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

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN | Cual?

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

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: MES	DEPTO.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
31												
32												
33												
34												
35												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. NÚMERO DE FOLIO	46. NIVEL SISBEN	GRUPO	47. DISCAPACIDAD SI	NO	48. MADRE/PADRE FALLECIDO SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA: URBANA	RURAL	52. TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	53. MARCA DE LA AFILIACIÓN ANTERIOR	54. DIRECCIÓN	55. LOCALIDAD/ COMUNA	56. CORREO ELECTRÓNICO	57. IPS	58. CÓDIGO DE LA IPS DE ATENCIÓN PRIMARIA (Si la IPS)
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				

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

59. Nombre o razón social: TRITURADOS SAN JOSE SAS | 60. Tipo documento de identificación: X | 61. Número del documento de identificación: 901709155 | 62. Tipo de aportante (si requiere ser registrado ante la ERP)

63. Ubicación: KM 6 500 VIA URIBE LA JULIA | TELÉFONO FIJO Y CELULAR | trituanjos@gmail.com | META | LA URIBE

B. REPORTE DE NOVEDADES

64. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA ERP. Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO. Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN DEL RETIRADO EL PAR Y PETICIÓN DE COMPENSACIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR APLICACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR APLICACIONES COLECTIVAS [ ]
14. NOVEDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE ADMINISTRADORA [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. ACCESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 62. SEXO BIOLÓGICO | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN | Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO | 65. IPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 26 02 2026 | 67. MOTIVO DE TRASLADO: Código | 68. CAUSA DE SUSPENSIÓN TEMPORAL O PÉRDIDA DE DERECHOS

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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 acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS actualice y corrija 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 y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, Masiv, Pagina Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp o otros canales para recibir mensajes informativos sobre la prevención de servicios de salud dentro de los mismos regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte vía línea telefónica informativos sobre la prevención de servicios de salud dentro de los mismos regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para reingresar a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actual tarifa del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la normativa del Sistema vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cotizante de tercera persona de su grupo familiar que haré cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO

113838

CER_AFI_20260220105441

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Luis Gregorio Niño Saez identificado con CC. 1006823349 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	2026/02/26	**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 25 días del mes de febrero 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: **CC25022026N1006823349A11031750.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

113836

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:

LUIS GREGORIO NIÑO SAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.823.349**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 25 de Febrero 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.

11237

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	1006823349
NOMBRES	LUIS GREGORIO
APELLIDOS	NIÑO SAEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	GUAVIARE
MUNICIPIO	EL RETORNO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/25/2026 17:32:52	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

113838

Ciudad	Fecha D M A	Empleo o cargo solicitado	Código cargo

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Niño	Zaens	Luis Gregorio

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

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Villavicencio Meta	D 09 M 12 A 1996	Soltero

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Barrio Industrial		3217910929

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°	FOTOGRAFÍA RECIENTE Tamaño 3 x 4 cms.
Expedida en: Villavo	Distrito N° Primera clase: ☐ Segunda clase: ☐	

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

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		
¿Qué estudios realiza actualmente?		Horario:		

III. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa	Dirección	Teléfono(s)
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted	
Funciones realizadas		
Fecha de ingreso / Fecha de retiro	Sueldo inicial $	Sueldo final o actual $
Motivo del retiro		
Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*		

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted	
Funciones realizadas		
Fecha de ingreso / Fecha de retiro	Sueldo inicial $	Sueldo final $
Motivo del retiro		
Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*		

7 702124 007790 2

minerva

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

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

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

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

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Martha Gonzalez	Contralodora		3144339230
2.-	Alisia Baron	Ama de casa		3217910929

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo		¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa? Si ☐ No ☐
	Agencia		Otro		
Nombre de la persona que lo recomienda					División o departamento
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos					

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

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

Firma del solicitante
Luis niño
C.C 1066833549

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 ☐	Contratese a partir del:	Sueldo $	
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato	
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

11 3839

11840

CONTRALORÍA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales "SIBOR", hoy miércoles 18 de febrero de 2026, a las 18:23:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006823349
Código de Verificación	1006823349260218182329

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.

HERNAN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Powered by CamScanner

11324

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.823.349



NIÑO SAEZ

LUIS GREGORIO

COL 1.68 M

06 DIC 1996 O+

VILLAVICENCIO (META)

30 ABR 2015 VILLANUEVA

25 MAR 2025

0789035000

ICCOL0789035000468800<<<<<<<<<<
9612U9>M3503258COL1006823349<2
NINO<SAEZ<<LUIS<GREGORIO<<<<<<

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

Consérvelo

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

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luis Gregorio
Apellidos: Niño Sanchez
Documento de identidad: CC X CE PA CD SC PE PPT DE
Número de documento: 1006823349
Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 12 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	25 01 26	325	Viviana M.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	25 01 26	2334	Viviana M.
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP refuerzo (una dosis de refuerzo)				
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Virus [illegible]	1			
[illegible]	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid-19	A	25 01 26	PFIZER MT2633	Viviana Machacha
Otras				

11 3842

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

11343

Martes, 24 de febrero de 2026

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **LUIS GREGORIO NIÑO SAENZ**, identificado con CC. **1.006.823.349**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.° Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	36798966914	2026/02/24	ACTIVA

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

*Si deseas verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 90 90, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607) 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 986 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3661225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: **Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín**

Bancolombia

Línea de Atención al Cliente: Bogotá: 343 00 00, Medellín 510 90 00, Cali 554 90 90, Barranquilla 361 88 88, Cartagena 693 44 00, Bucaramanga 697 25 25, Pereira 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 986 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3661225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la dirección: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, de Medellín.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa

Que siendo las 06:22:03 PM horas del 18/02/2026, el ciudadano identificado con

Cédula de Ciudadanía N° **1006823349**

Apellidos y Nombres: **NIÑO SAEZ LUIS GREGORIO**

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.

Powered by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 291933536

PIB
09:04:20
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS GREGORIO NIÑO SAEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006823349:

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

Mario Enrique Castro Gonzalez
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

División de Subsidios FO-1750-GAF

Fecha de Diligenciamiento: 26 / 02 / 2026

Página 1 de 1 | Versión: 21 | Fecha de Vigencia: 2026-01-20

11846

I.INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Afiliación Primera Vez: [ ] Reafiliación: [X] Adición de Beneficiarios: [X] Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador(a): [ ] Veteranos Ley (1979/2019): [ ]

Nombre Empleador: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS | NIT (●) CC ( ) PEP ( ) PPT ( ) CE ( ) SC ( ) N°: 901709155 | Celular: 3102690706

Dirección Principal del Empleador: KM6+500 VIA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: VEREDA LA JULIA | Ciudad/Municipio: URIBE

II.INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido: NIÑO | Segundo Apellido: SAEZ | Nombres: LUIS GREGORIO

Tipo de Identificación: (TI) (X) (PEP) (PPT) (CE) (SC) N°: 1.006.823.349 | Sexo: (F) (X) (M) (NB) | Celular: 3217910929

Fecha de Nacimiento: 09 / 12 / 1996 | Fecha de Expedición: 30 / 04 / 2015 | Correo Electrónico: luismi96@gmail.com | Profesión:

Dirección de Residencia: CALLE 23 #05 CASA 10 | Barrio/Vereda: INDUSTRIAL | Ciudad/Municipio: URIBE | RURAL [ ] | URBANO [X]

País: COLOMBIA | Resguardo: | Pueblo Indígena:

Estado Civil: Soltero | Casado | (X) Unión Libre | Separado | Divorciado | Viudo

Pertenencia Étnica: Afrocolombiano | Indígena | Comunidad Negra | Palenquero | Raizal/Gitano | No Definido [X] | No se Autoreconoce | Pasaje de Aeroi S.A y S.Cofrem

Orientación Sexual: Heterosexual [X] | Homosexual | Bisexual | No Disponible

Nivel de Escolaridad: Preescolar | Básica [X] | Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adultos | Media Adultos | Vía Intrancia | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional | Postgrado/Maestría | Secundaria Normalista | Ninguno

Factor Vulnerabilidad: Condición Discapacidad | Desplazado | Damnificado Desastre Natural | Desmovilizado o Reinsertado | Población Zonas Fronteras | Vic. Conflicto Armado no Desplazado | Ejercicio Trabajo Sexual | Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado | Hijo(a) Familia de Madre Cabeza | Población Migrante | No Disponible | No Aplica [X]

III.INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN (Diligencie o marque con una X)

Fecha de Ingreso: 26 / 02 / 2026 | Cargo: AYUDANTE DE OBRA | Salario Básico Mensual ($): 1.750.905 | Tipo de Salario: (X) Variable | Tipo de Contrato: Fijo | Indefinido [X]

Dirección de la Empresa donde Labora: KM6+500 VIA URIBE LA JULIA | Barrio/Vereda: VEREDA LA JULIA | Ciudad/Municipio: URIBE

Empleador Anterior: | Fecha de Retiro: DD / MM / AAAA

IV.DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso: DD / MM / AAAA

Nombre Empleador: | NIT: | Fecha de Ingreso: DD / MM / AAAA

V.DATOS DEL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: GONZALEZ | Segundo Apellido: VARON | Nombres: ALICIA

Tipo de Identificación: (TI) (X) (PEP) (PPT) (CE) (SC) N°: 52.294.294 | Sexo: (X) (F) (M) (NB) | Celular: 3209548365

Fecha de Nacimiento: 27 / 01 / 1973 | Fecha de Expedición: 20 / 06 / 1994 | Correo Electrónico: ALICIALLENADEGRACIA@GMAIL.COM | País: COLOMBIA

Dirección de Residencia: CALLE 23 #05 CASA 10 | Barrio/Vereda: INDUSTRIAL | Ciudad/Municipio: URIBE | RURAL [ ] | URBANO [X]

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Salario Básico Mensual ($): | Recibe Cuota Monetaria: SI [ ] | NO [X]

VI.DATOS DE HIJOS, HIJASTROS, PADRES, HERMANOS HUERFANOS Y BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

Documento		Beneficiarios	Sexo		Parentesco					Fecha Nacimiento			Fecha Expedición			Discapacidad	
Tipo	Número ID	Nombres y Apellidos	F	M	Hijo	Hijastro	Padres	Hermano	En Custodia	DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA	SI	NO

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 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:

Nombres y Apellidos: | Correo Electrónico: | Celular:

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información he 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. Así mismo, declaro que la información que se ha consignado en el presente formulario es veraz y se autoriza a Cofrem a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar los dineros los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a ello por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades (Artículo 37, Ley 21 de 1982).

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, autorizo de manera voluntaria y explícita estos servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal así como los datos personales de mi núcleo familiar, incluyendo datos sensibles y de acuerdo con lo establecido en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co, información que será utilizada para las siguientes finalidades:
*Dar inicio al ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias de la Caja de Compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
*Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, ferias, sorteos, promociones o eventos relacionados con las marcas y demás entidades relacionadas.
*Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación.
*Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidio Familiar.
*Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional y nacional y con las Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.
Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente mencionadas 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 dispuestos mencionados. Los titulares podrán ejercer sus derechos de acceder, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Demás bases de datos de conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM y los terceros que para tal fin se designan.

Luis Niño

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

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella y la firma a ruego en presencia del jefe de área 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: [ ]

IMPORTANTE

Los documentos que presenten altas acciones o enmendaduras no serán/son aceptados por la Caja, la información registrada podrá ser verificada en cualquier momento y en caso de fraude se aplicarán las sanciones de Ley. Cofrem reconocerá la cuota monetaria a los trabajadores únicamente a partir de la fecha que presenten los documentos de acuerdo a los términos señalados en la Ley y para su cobro deben presentar el original del documento de identificación en los puntos autorizados.

EL VALOR APORTADO POR LOS EMPLEADORES NO PUEDE SER DESCONTADO DEL SALARIO MENSUAL DE LOS TRABAJADORES

Cofrem		DECLARACIÓN JURAMENTADA	Fecha de solicitud			
			Año	Mes	Día	Ciudad / Municipio
			2026	02	26	URIBE- META

Yo LUIS GREGORIO NIÑO SAEZ

Identificado(a) con C.C. [X] C.E [ ] S.C [ ] C.D. [ ] PPT [ ] T.I [ ] Número: 1.006.823.349

MOTIVO DE LA DECLARACIÓN

Marque con una **X** el motivo de la declaración:

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

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 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			
ALICIA GONZALEZ VARON	C.C	52.294.294	PAREJA	3029548365	aliciaelsadegraca@gmail.com

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): ALICIA GONZALEZ VARON identificado (a) con el tipo de documento CC número 52.294.294 es mi compañero (a) permanente y convivimos desde hace 4 años 1 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 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 Compensación 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 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 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: Luis niño

Documento Identidad: CC 1006.823.349

Observaciones:

1138424

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.839.368



Apellidos
GOMEZ JARA

Nombres
KATERINE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 MAR 2001

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
URIBE (META)

Fecha y lugar de expedición
11 ABR 2019, VILLAVICENCIO

Firma
Katerine Gomez

Fecha de expiración
09 NOV 2032

CO

0094960042

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0094960424520O1<<<<<<<<<<<
0103015F3211094COL1006839368<4
GOMEZ<JARA<<KATERINE<<<<<<<<<<<

11848

11849

La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto Suramericano
"Simon Bolivar"

Bucaramanga - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaria de Educación Municipal según
Resolución No. 2213 del 17 de Diciembre de 2004

Confiere a

Katerine Gomez Jara

Identificado (a) con C.C. No. 1,006,839,368 Expedida en Uribe

El Título de

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
correspondientes al Nivel de Educación Academica, de acuerdo
al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

Luz Stella Vallejo Aranda
Rectora

Secretaria General

Anotado en el control interno del plantel en el Libro No. 003 Folio No. 555 Diploma No. 059

Dado en Bucaramanga, a 08 de DICIEMBRE del año 2018.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1006839368



NOMBRE

KATERINE GOMEZ JARA

FECHA DE NACIMIENTO
01-03-2001

GRUPO SANGUÍNEO Y RH
A+

FECHA DE EXPEDICIÓN
16-12-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOyTTE MCPAL VILLAVICENCIO

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	02-04-2035	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS.	16-12-2035	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	16-12-2029	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

1138550

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.839.368



Apellidos
GOMEZ JARA

Nombres
KATERINE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 MAR 2001

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
URIBE (META)

Fecha y lugar de expedición
11 ABR 2019, VILLAVICENCIO

Firma
Katerine Gomez

Fecha de expiración
09 NOV 2032

.CO

0094960 42

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0094960424520 01<<<<<<<<<<<
0103015F3211094COL1006839368<4
GOMEZ<JARA<<KATERINE<<<<<<<<<<

1138 51

Instituto Suramericano Simón Bolívar

Resolución 2213 del 17 de Diciembre 2004

Acta de Grado No. 554

En la ciudad de **BUCARAMANGA** a los 09 días del mes de DICIEMBRE del año 2019 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rectora y Secretaria General en la rectoría del **INSTITUTO SURAMERICANO "SIMON BOLIVAR"** institución en el nivel de Educación Media **ACADEMICA y AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL** para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **ACADEMICA SEGUN RESOLUCION No. 2213 DEL 17 DE DICIEMBRE DE 2004.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media **ACADEMICA**, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

Katerine Gomez Jara
C.C. 1,006,839,368 De Usaquén

Es fiel copia tomada del acta general No. 554 de la fecha 9 DICIEMBRE 2019 que consta de ___ estudiantes y que comienza con el nombre de Aguilar Leon, Maria Leonor y se cierra con el nombre de Villareal Cartagena, Victor .

Firmada y sellada por **LUZ STELLA VALLEJO ARANDA** Rectora y Secretaria General

Dada en **BUCARAMANGA**, el 09 de DICIEMBRE del año 2019.

Firmado y Sellado

LUZ STELLA VALLEJO ARANDA
Rectora

Secretaria General

Diploma No. 055

11382

112853

La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto Suramericano
"Simon Bolivar"

Bucaramanga - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaria de Educación Municipal según
Resolución No. 2213 del 17 de Diciembre de 2004

Confiere a

Katerine Gomez Jara

Identificado (a) con C.C. No. 1,006,839,368 Expedida en Uribe

El Título de

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Academica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

Instituto Suramericano
Simón Bolívar

Luz Stella Vallejo Aranda
Rectora

Secretaria General

Anotado en el control interno del plantel en el Libro No. 003 Folio No. 555 Diploma No. 053

Dado en Bucaramanga, a 08 de DICIEMBRE del año 2018

11385-4

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gomez	Jara	Katherine

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PASS ( ) No. 1.006.839.368 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) — NÚMERO — D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 01 MES 03 AÑO 2001

PAÍS: Colombia

DEPTO: Meta

MUNICIPIO: Uribe

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Barrio Bosques Del Dorado

PAÍS: Colombia — DEPTO: Meta

MUNICIPIO: Uribe

TELÉFONO: 3115557401 — EMAIL: gomezjarakatherine@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES 12 AÑO 2018
				X				X		X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Consorcio PTAR Uribe	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	Uribe	construcloraganbmariamd@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3165776941	DÍA 30 MES 09 AÑO 2025	DÍA 30 MES 11 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux Obra		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hotel campestre y recreativo Los Gemelos	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Meta	Villa Vicencio	lac2000@outlook.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3103055769	DÍA 25 MES 01 AÑO 2023	DÍA 30 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Oficios Varios		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	1	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Uribe Neta - 02-02-2026

Katerine Gomez Jara

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:19:59 PM horas del 02/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **1006839368**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ JARA KATERINE**

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

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

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

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

Dirección: Avenida El Dorado # 75 - 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30852 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic.arc@policia.gov.co

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

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

1 3358

Certificado de cuenta de ahorro

Lunes, 9 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que KATERINE GOMEZ JARA identificado con cédula de ciudadania 1006839368, al dia de hoy es titular de una cuenta de ahorro con las siguientes caracteristicas:

Número de cuenta Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3115557407	87072601515	ACTIVA	01-11-2024

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

113859

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 09 de febrero de 2026, a las 14:51:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006839368
Código de Verificación	1006839368260209145122

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. 290970917

PIB
14:49:31
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de febrero 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) KATERINE GOMEZ JARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006639368:

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

Mario Enrique Castro González
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.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	17/9/15	2460660	Veronica D.E
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	17/9/15	2334U068A	Veronica D.E
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

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: Katerine

Apellidos: Gomez Jara

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

Número de documento: 1006839368

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 03 Año 2001

Powered by CamScanner

113861

1138862

CER_AR_20260157736S1

POSITIVA
Compañía de Seguros

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Juan Felipe Billaquiran Rumique identificado con CC. 1121854246 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	2026/02/05	**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 4 días del mes de febrero 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: **CC04022026N1121854246A6821570.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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

Colpensiones

//3663

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN FELIPE BILLAQUIRAN RUMIQUE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1121854246,** se encuentra afiliado/a desde **07/02/2026** 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 10 de febrero 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.

1138

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	1121854246
NOMBRES	JUAN FELIPE
APELLIDOS	BILLAQUIRAN RUMIQUE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA URIBE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	30/09/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/11/2026 15:52:43	**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

minerva
10-03

ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha	Empleo o cargo al que aspira
03 | 02 | 26	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Billaquiran Domique	Juan Felipe
Fecha de nacimiento: 25 | 06 | 07	Lugar de nacimiento: Villavicencio Meta
Dirección domicilio / Barrio: Barrio El Jardin	Ciudad: Uribe Meta
Teléfono:	N° Celular: 3134922452
Correo electrónico: billaquiranfelipe@gmail.com	Nacionalidad: Colombiano
Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil: Soltero
	Años de experiencia laboral: 0

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: X No. 1121854246	(**) Libreta militar No. Primera clase:
Extranjería: Expedida en: Uribe	Distrito No. Segunda clase:
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Si: No: X — Licencia de conducción No. — Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy un joven con aspiraciones y ganas de salir adelante soy proactivo, responsable, puntual y compañerista

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si: No: X	¿En qué empresa?	Empleado: Independiente:	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si: No: X	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si: No: X	Fecha:	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si: No: X — Nombre — Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si: No: X — Nombre — Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio: Amigo: X Redes Sociales: Por medio de agencia: Otro: ¿Cuál?		
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si: No:	Vive en casa: ¿Familiar? ¿Propia? ¿Arrendada? X	Nombre del arrendador	Teléfono — ¿Hace cuánto tiempo vive en esta ciudad?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si: No: X	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1'000.000
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $ Lo asignado
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si: No: X — ¿Cuál(es)?		

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

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

7706006
7 702124 007513

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

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

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

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.				
2.				

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción ☒ Juan Jiménez

Nota Importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

CC 1121854246

minerva

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

1138674

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
BILLAQUIRAN RUMIQUE

NUIP **1.121.854.246**

Nombres
JUAN FELIPE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
25 JUN 2007

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
03 JUL 2025, URIBE

Firma
Juan Felipe

Fecha de expiración
03 JUL 2035

0645414666

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

```
ICCOL0645414662520 74<<<<<<<<<<<
0706254M3507038COL1121854246<2
BILLAQUIRAN<RUMIQUE<<JUAN<FELI
```

2328

Generación de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de perdida de investidura con solo digitar el numero de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de identificación:

Cédula de ciudadanía

Número identificación:

1121854246

Tipo de certificado:

● Ordinario ○ Especial

¿Cual es la Capital de Antioquia (en Inglés)?

5

Generar

Señor(a) ciudadano(a), la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción sobre dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no la tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2011. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: Colombia
V.1.0.1

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

1138699

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 03 de febrero de 2026, a las 11:30:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121854246
Código de Verificación	1121854246260203113011

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

1138270

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:29:12 AM horas del 03/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1121854246**

Apellidos y Nombres: **BILLAQUIRAN RUMIQUE JUAN FELIPE**

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 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 9182, Bogotá.
Línea gratuita nacional: 018000910112
Email: dijin.pqrs@policia.gov.co

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

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

2026/02/12 **11:55 am** **Radicado:** 3730121

Recibe: LAURA SOFHIA BARBOSA BUENO
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: 1121854246 **Telefono:** 0
Nombre: BILLAQUIRAN RUMIQUE JUAN FELIPE

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Copia cédula de ciudadania**

  1121854246 JUAN FELIPE BILLAQUIRAN RUMIQUE

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1121854246 JUAN FELIPE BILLAQUIRAN RUMIQUE

Observaciones:

2 FOLIOS
angiejulethiarajimenez@gmail.com

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 25 A-15 Villavicencio, Meta PBX 6618322 ext. 3861
Linea Amiga 6818333 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

11821

113872

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	05	02	2026	Afiliación primera vez	X	Adición personas a cargo		Reafiliación		Veteranos (Ley 1979/2019)	

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSE 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:	Segundo Apellido:	Nombres:		TI	CE	PEP	PPT	No:
BILLAQUIRAN	RUMIQUE	JUAN FELIPE	X					1.121.854.246

Fecha de Nacimiento	25	06	2007	Fecha de Expedición Documento	03	07	2025	Sexo		F	NB	Celular:	3134902452

Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Salario Básico Mensual: $1.750.905		Variable	Tipo de Contrato	F	X

Fecha de Ingreso	05	02	2026	Correo Electrónico:	juanfelipe7584@gmail.com

Dirección Residencia: CR 4 CS 16	Barrio/Vereda: BRR EL JARDIN	Ciudad/Municipio: URIBE	Rural	Urbano	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) X	Casado(a)	Separado(a)	Unión libre	Divorciado(a)	Viudo(a)	ORIENTACION SEXUAL	Heterosexual	Bisexual	Homosexual	No disponible X

NIVEL DE ESCOLARIDAD

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

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

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

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

Correo Electrónico: — Celular:

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

DATOS DE PADRES, HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

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

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

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

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

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de desafiliación según el artículo 46 de la ley 21 de 1982.

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

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

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

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

Vigilado Supersubsidio

Juan Felipe

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:

E838

RV: AFILIACION CAPITAL SALUD: JUAN CARLOS HERNANDEZ

pc pau contributivo

12:06 P. M. • BANDEJA DE ENTRADA

tsj@clp.com.co

Leyendo 1 / 2

Buen día.

Reciba un cordial saludo por parte de Capital Salud EPS-S;

En atención a la comunicación, en la cual solicita el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de nuestra EPS C Salud, debemos informarle que fue procesado el cambio de movilidad al Régimen Contributivo de manera exitosa.

A continuación, relaciono las personas afiliadas:

1 APELLIDO	2 APELLIDO	1 NOMBRE	2 NOMBRE	TIP DOC	N° DOC	NIT EMPLEADOR	FECHA INI/CIO	TIPO AFIL
HERNANDEZ		JUAN	CARLOS	CC	1122646141	901709155	04/02/2026	COTIZANTE

OBSERVACIÓN: Si el cotizante cuenta con beneficiarios anexar copia de los documentos de identidad y relacionarlos en el formulari afiliación.

Es preciso indicar que el Artículo 20 de la Ley 962 de 2005 señala: "Supresión de sellos. En el desarrollo de las actuaciones intervengan o no los particulares, queda prohibido el uso de sellos, cualquiera sea la modalidad o técnica utilizada, en documentos, salvo los que se requieran por motivos de seguridad..." (Subrayado propio)

Download manager (Ctri

En cuanto al soporte de radicación, la Ley 527 de 1999 y la Ley 962 de 2005 (Ley anti tramites), establecen que la información diligenciada por este r tiene total validez y es objeto de plena prueba.

Cordialmente.

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
URIBE	2 | 01 | 2026	AYUDANTE DE OBRA	.

I. DATOS PERSONALES



Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
HERNANDEZ		JOAN CARLOS.

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

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
PUERTO DE ORO (META)	23 | 04 | 1986.	UNION LIBRE

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
VEREDA EL ORIENTE.		3224799354.

Cédula de ciudadanía N°	(**) Libreta militar N°		
1.122.646.141.	Distrito N°	Primera clase:	Segunda clase:
Expedida en: RESTREPO.			

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

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

II. EDUCACION Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Primaria	ESCUELA RESTREPO META.	RESTREPO.	5°	
Bachillerato	COLEGIO NACIONALIZADO.	RESTREPO.	6°	
Educación Superior		Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad	Tipo de formación: Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐		

¿Qué estudios realiza actualmente? | Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

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

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)

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

Funciones realizadas

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

Motivo del retiro

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

7 702124 007790 7

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

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

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
PATRICIA RAMOS.	AMA DE CAS	/

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
—	VEREDA ORIENTE	322 4799354	MESETAS.

Nº de personas que dependan económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
2.	ESPOSA – HIJA.	

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio
SILVIA TERESA HERNANDEZ	AMA DE CASA.

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	HENRY. LESMES.	MAESTRO.	RESTREPO	3202528886.
2.-	HERNAN CARRILLO.	GANADERO.	ORIENTE.	3134775800

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

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

Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento

Si tiene parientes en esta empresa menciónelos

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

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

Firma del solicitante
Juan Carlos Hernández.
C.C. 1.122646.141.

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

113876

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP **1.122.646.141**

Apellidos
HERNANDEZ

Nombres
JUAN CARLOS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
23 ABR 1986

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
FUENTE DE ORO (META)

Fecha y lugar de expedición
17 MAYO 2004, RESTREPO

Firma

Juan Hernández

Fecha de expiración
09 ENE 2035

072583144

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL072583144852050<<<<<<<<<<
8604231M3501092COL11226461416
HERNANDEZ<<JUAN<CARLOS<<<<<<<<

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

11384

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policia Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:32:08 AM horas del 02/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1122646141**
Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ JUAN CARLOS**

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 **Policia 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. 30652 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijinalinea
atc@policia.gov.co

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 02 de febrero de 2026, a las 10:30:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1122646141
Código de Verificación	1122646141260202103039

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. 290520003

PIB
10:35:11
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de febrero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JUAN CARLOS HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1122646141;

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 69a6f3f-1d0-4fc9-939-bb33e4b4ac

Nombres y apellidos / Full name: **JUAN CARLOS HERNANDEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 2 6 4 6 1 4 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **23/04/1986**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3132281749**

Correo electrónico / e-mail: **MARIASABA654@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
TD Adulto	Primera	15	8	2014		024L1015C	RESTREPO CENTRO DE ATENCION	
TD Adulto	Segunda	15	9	2014		024L1015C	RESTREPO CENTRO DE ATENCION	
Fiebre Amarilla	Única	21	5	2019		NRM001V	RESTREPO CENTRO DE ATENCION	Ingrid Johanna Jaime Manrique
COVID MODERNA	Primera	15	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	CENTRO DE ATENCION URIBE	RUDY JULIETH RAMIREZ BORJA

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

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

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

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

The Ministry 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.

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

11 3881

Certificado de depósito de bajo monto

Lunes, 2 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que JUAN CARLOS HERNANDEZ HERNANDEZ identificado con cédula de ciudadanía 1122646141, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3132724276	87077865154	ACTIVA	25-04-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

MODELO ADO

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

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

2026/02/12 **11:04 am** **Radicado:** 3730019

Recibe: LAURA SOFHIA BARBOSA BUENO
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 94

Información Empresa:

Nit: 901709155 **Telefono:**0

Razón Social: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1122646141 **Telefono:** 0
Nombre: HERNANDEZ JUAN CARLOS

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **[redacted] cédula de ciudadania**

  1122646141 JUAN CARLOS HERNANDEZ

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  1122646141 JUAN CARLOS HERNANDEZ

Observaciones:

2 FOLIOS, REACTIVAR
angiejuliethlarajimenez@gmail.com

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.

113882

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**

113863

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)

| | | |

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud
EPS-

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

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

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

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos			
HERNANDEZ		JUAN	CARLOS

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo de identificación: F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cual?
CEDULA	1.122.845.141		

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
COLOMBIANO	COLOMBIA	META	FUENTE DE ORO	1 7 / 0 8 / 2 0 0 4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: Si ☐ No ☒	Categoría de discapacidad: Tipo	Condición

19. Tiene encuesta SISBEN: Si ☐ No ☒	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	COLFONDOS	$ 1.750.905	

26. Residencia			
CL 1 CS 60		3224799354	juancarlos24@gmail.com

			Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☒ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐
META	URIBE	VEREDA EL ORIENTE	

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. Paremesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: Si / No	48. Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo	49. Discapacidad: Si / No / Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: Si / No
B1								
B2								
B3								

	51. Datos de residencia		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 JOSE SAS	NIT	901.709.155-6	

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

FORMATO Septiembre

capitalsalud
eps-

1/3 885

B. REPORTE DE NOVEDADES

69. 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.
- ☒ 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
HERNANDEZ		JUAN	CARLOS

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1.122.648.141	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cual?	17 05 2004

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	04 02 2026	Código: ☐	COLFONDOS

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.
- ☐ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			Tipo de documento de identidad	Número 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
Juan hernández	

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT	Total Anexos
Cantidad de documentos de identidad anexos:	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 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 de documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

Observaciones:

VIGILADO Supersalud

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.

1138868

POSITIVA
Compañía de Seguros

Hacienda

CER_ARI_2026015417814

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Juan Carlos Hernandez identificado con CC. 1122646141 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	2026/02/04	**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 3 días del mes de febrero 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: **CC03022026N1122646141A6478782.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

1/3884

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	1122646141
NOMBRES	JUAN CARLOS
APELLIDOS	HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Dat[illegible] afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S." -CM	CONTRIBUTIVO	21/07/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 02/06/2026 17:59:38 | **Estación de origen:** 192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

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

2026/02/12 **11:47 am** **Radicado:** 3730117

Recibe: LAURA SOFHIA BARBOSA BUENO
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: 17590685 **Telefono:** 0
Nombre: GONZALEZ TOVAR JOSE DOMINGO

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Copia cédula de ciudadanía**

  17590685 JOSE DOMINGO GONZALEZ TOVAR

- **Formulario de inscripción del trabajador**

  17590685 JOSE DOMINGO GONZALEZ TOVAR

Observaciones:

2 FOLIOS, REACTIVAR
angiejulethlarajimenez@gmail.com

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 3C-A-18 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3061
Linea Amiga 6808320 e-mail sendiembe@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

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

Vigilado Supersubsidio

1 / 3737

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

1/3859

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	04	02	2026	Afiliación primera vez	X	Adición personas a cargo		Reafiliación		Veteranos (Ley 1979/2019)	

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSE SAS — X CC CE No. 901.709.155-6

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

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres						
GONZALEZ	TOVAR	JOSE DOMINGO	X	TI	CE	PEP	PPT	No. 17.590.685

Fecha de Nacimiento	01	09	1975	Fecha de Expedición Documento	16	12	1994	Sexo	X	F	NB	Celular: 3165889733

Cargo: AYUDANTE DE OBRA	Salario Básico Mensual: $1.750.905	Fijo	X	Variable	Tipo de Contrato	F	X

Fecha de Ingreso	04	02	2026	Correo Electrónico: josegonzalez54@gmail.com

Dirección Residencia: CL 5 CS 2	Barrio/Vereda: BRR BATEAS	Ciudad/Municipio: PUERTO GAITÁN - META	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	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	Bisexual	Homosexual	No disponible X

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

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

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

Fecha de Nacimiento	Fecha de Expedición	Dirección	Barrio	Ciudad

Correo Electrónico: — Celular:

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

DATOS DE PADRES, HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

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

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

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

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

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causa de desafiliación según el artículo 46 de la ley 21 de 1982.

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

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

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

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

Vigilado Superintendencia

Domingo

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

1138940

CER_AFI_2026015411548

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Jose Domingo Gonzalez Tovar identificado con CC. 17590685 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/04	**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 3 días del mes de febrero 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: **CC03022026N17590685A6472915.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

113841

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 6 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CER_AFI_20260015411548

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Jose Domingo Gonzalez Tovar identificado con CC. 17590685 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

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

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/04	**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 3 días del mes de febrero 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: **CC03022026N17590685A6472915.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

1138923

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

Da[redacted]e 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	14/02/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/06/2026 18:37:57	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación,** establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra [redacted]ulado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Carito

Hoja de Vida

DATOS PERSONALES

Datos Personales

NOMBRES:	JOSE DOMINGO
APELLIDOS:	GONZALEZ TOVAR
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	17.590.685
FECHA DE NACIMIENTO:	01/Sep/1975
LUGAR DE NACIMIENTO:	Arauca - Arauca
ESTADO CIVIL:	Soltero
DIRECCION:	Morichela – Barrio Bateas
CIUDAD:	Puerto Gaitán - Meta
CELULAR:	3165889733

PERFIL LABORAL

Persona con Excelentes relaciones interpersonales, responsable, puntual, honesto dedicado a su trabajo, una persona con muchos sueños por cumplir y proyectos a realizar.

Hoja de Vida

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: **ENRIQUE VILLA**
OCUPACION: Maestro de obra
CIUDAD: Puerto Gaitán Meta
CELULAR: 3203090111

NOMBRE: **LUZ MARINA PONTON**
OCUPACION: Ama de casa
CIUDAD: Puerto Gaitán - Meta
CELULAR: 3147659839

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE: **MANUEL YOBANNY GONZALEZ**
PARENTESCO: Hermano
CIUDAD: Puerto Gaitán Meta
CELULAR: 3134733126

NOMBRE: **ALBEIRO TOVAR**
PARENTESCO: Sobrino
CIUDAD: Yopal - Casanare
CELULAR: 3134749925

JOSE DOMINGO GONZALEZ TOVAR
C.C.Nº 17.590.685
Cel. 3165889733

1/3896

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 17.590.685

GONZALEZ TOVAR

APELLIDOS

JOSE DOMINGO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1975

ARAUCA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-DIC-1994 ARAUCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-4000100-01265308-M-0017590685-20211112 0076334118A 1 8502881556

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

Minsalud MiVacuna

Certificado de vacunación

Jose Domingo
Gonzalez Tovar

No 19590685

Día 09 Mes 1975

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	Vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	05/11/21	Astrazeneca	NL0074	C.M.D	Luz Jurado	37342452
	2	08-01-22	Astrazeneca	3XM7		[illegible] C.C. [illegible] Técnico Auxiliar de Enfermería	

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 03 de febrero de 2026, a las 08:31:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	17590685
Código de Verificación	17590685260203083149

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

11 3849.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:31:18 AM horas del 03/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **17590685**

Apellidos y Nombres: **GONZALEZ TOVAR JOSE DOMINGO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290593839

PIB
08:32:26
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 03 de febrero 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) JOSE DOMINGO GONZALEZ TOVAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 17590685

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.

Certificación Bancaria

Martes, 15 de abril de 2025

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **JOSE DOMINGO GONZALEZ TOVAR** identificado(a) con CC. **17590685** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	289-634866-79	2024/02/08	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.

Santiago Valencia Calderon
Lider Area de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total...

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016301093	09/03/2020

I. DATOS DEL TRAMITE

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

Página 1 de 2

1.Tipo de tramite: A. Afiliación | B. Reporte de novedades [X]

2.Tipo afiliado: A. Individual | B. Colectivo | C. Institucional | -Cotizante Cabeza de familia [X] | -Beneficiario afiliado adicional | D. Pensionado

3.Regimen: A. Contributivo [X] | B. Especiado

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.Codigo (a registrar por la EPS): 1

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

A. AFILIACION

8.Apellidos y nombres			
GONZALEZ (Primer apellido)	TOVAR (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	DOMINGO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Numero del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13.Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1750885	Femenino / Masculino [X]	F / M [X] / T / NB / Otro / Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA; Departamento: ARAUCA; Municipio: ARAUCA	01/09/1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos adicionales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
6		Si / No [X]; Categoria Discapacidad	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	PORVENIR RPC	1750885	

26.Residencia				
Dirección: MZ 17 CA 30 BATALLA	Teléfono fijo	Telefono celular: 3166855733	Correo electrónico: JOSEDOMINGOLEZ@GMAIL.COM	
Departamento: META	Municipio/Distrito: PUERTO GAITAN	Localidad / comuna	zona: Urbana cabecera municipal [X] / Urbana centro poblado / Rural dispersa / Resto rural	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo documento de Identidad	29. Numero documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual		Pais / Departamento / Municipio	

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

| | 35. Apellidos y nombres | | | |

11393

No de Radicacion
4016301083

9. 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 cabeza 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 cierre 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 DIA/MES/AÑO	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar a pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

70. ☐ Declaración de la no afiliación en calidad de 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 beneficiario.

72. ☐ Declaración de no intervención del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en esta 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 aportante empleador a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.

75. ☐ Autorización para que la EPS maneje las bases 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 incluirse en la Contribución Solidaria y de mantener los pagos correspondientes.

78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las bajas en Contribución Solidaria según lo indica el Reglamento 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

José Gonzalez	
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 sentencia judicial o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para cuando 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 garantía en 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.Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Firma de Validación	

Observaciones

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

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: 18 02 2026 | Afiliación primera vez: X | Adición personas a cargo: | Reafiliación: | Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSE SAS | CC: X | CE: | No: 901709155-6

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

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: SILVARA | Segundo Apellido: GUTIERREZ | Nombres: JESUS DAVID | TI: X | CE: | PEP: | PPT: | No: 1007268638

Fecha de Nacimiento: 23 05 2002 | Fecha de Expedición Documento: 11 06 2020 | Sexo: M: X | F: | NB: | Celular: 312 8646561

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

Fecha de Ingreso: 18 02 2026 | Correo Electrónico: JESUSSILVARAGUT@GMAIL.COM

Dirección Residencia: CL 13 CS 23 | Barrio/Vereda: BR 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
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
Mc. 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		Parentesco	Discapacidad		Municipio de Residencia	Rural	Urbano
					F	M		SI	NO			

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 cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos:

Nombre: | Correo electrónico: | Celular:

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

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

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

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

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

Vigilado Supersubsidio

Jesús David S

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:

1139055

cajacopi

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: 1. Afiliación X 2. Traslado de Administradora	2. Tipo de Afiliado: 1. Cotizante X 2. Beneficiario 3. Cotizante Dependiente 4. Cotizante Independiente 5. Madre Comunitaria 6. Servidor Público 7. Concejal o Edil 8. Pensionado 9. Cotizante Actividades de Alto Riesgo	3. Régimen: 1. Contributivo X 2. Subsidiado	
4. Tipo de Afiliado: 1. Cotizante X 2. Cónyuge 3. Compañero Permanente 4. Padre 5. Madre	5. Tipo de Cotización: 1. Empleado X 2. Independiente 3. Pensionado		Código entidad anterior

II. AFILIACIÓN

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

1. Apellidos y nombres			
SILVARA (Primer apellido)	GUTIERREZ (Segundo apellido)	JESUS (Primer nombre)	DAVID (Segundo nombre)

3. Tipo de documento de identidad	4. N° del documento de identificación	5. Sexo: Femenino Masculino X	6. Fecha de nacimiento: 23 05 2002	Estado civil	8. País de nacimiento
CEDULA	1007268638			SOLTERO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

9. Etnia	10. Nacionalidad		11. Zona de residencia	12. Grupo de población especial

13. Administradora del Régimen Anterior - AFP	14. Administradora de pensiones	15. Ingreso base de cotización
POSITIVA	PORVENIR	1'750.905

16. Dirección	Departamento	Teléfono	Correo electrónico
CL 5 CS 4		3128646561	N/A

Municipio	Zona: Urbana X Rural	Departamento	País
URIBE		BR CENTRO	META

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

18. Tipo de documento de identidad	19. Número de documento de identificación	20. Sexo: Femenino	Masculino	21. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y demás miembros del núcleo familiar

	22. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	23. Tipo de documento de identidad	24. Número de documento de identificación	25. Sexo: Femenino	Masculino	26. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos Complementarios

	27. Parentesco	28. Etnia	29. Discapacidad: Marque la más grave que presenta					30. Nacionalidad: Código de país (Ver tabla)
			Tipo: 1	2	3	Complejidad: 1	2	
01								
02								
03								
04								
05								

	31. Nivel de escolaridad	Grado	Ocupación (Ver tabla)	Dirección	Teléfono	Correo
01						
02						
03						
04						
05						

Solicitud de traslado de IPS Primaria

	32. Nombre de la IPS Primaria de preferencia (Ver tabla)	Código (Ver tabla)
1		
2	ESE MUNICIPAL DE URIBE-META	
3		
4		

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

33. Nombre o razón social	34. Tipo de documento de identificación	35. Número de documento de identificación	36. Tipo de cotizante o grupo pensional (Ver tabla)
TRITURADOS SAN JOSÉ SAS	NIT	901709155-6	

37. Ubicación				
KM 6+500 VIA URIBE LA JULIA	3128646561	TSJ@CLP.COM.CO	URIBE	META
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio	Departamento

II. REPORTE DE NOVEDADES

X

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
SILVARA	GUTIERREZ	JESÚS	DAVID

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Sexo	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento / Fecha de Ingreso
CEDULA	1007268638		X	29 04 2002 / 16 02 2026

23. IPS Anterior	24. Motivo de Traslado	25. Código de Cotización a AFP/Sociedad Administradora de Pensiones
		PORVENIR

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

X

VIII. FIRMAS

Jesús David Silvara

IX. ANEXOS

1

X

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

113906

113902

CER_AFI_20260218026726

POSITIVA
Compañía de Seguros

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Jesus David Silvara Gutierrez identificado con CC. 1007268638 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	2025/02/18	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5061105

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de febrero 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: **CC17022026N1007268638A9522678.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

1139908

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:

JESUS DAVID SILVARA GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.268.638**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero 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.

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	1007268638
NOMBRES	JESUS DAVID
APELLIDOS	SILVARA GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	LA URIBE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S	SUBSIDIADO	14/01/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/17/2026 17:37:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

113910



JESÚS DAVID SILVARA GUTIÉRREZ

MESETAS - META
Celular: 3128646561

INFORMACIÓN PERSONAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	*Cedula de ciudadanía 1.007.268.638 de Uribe-Meta*
FECHA DE NACIMIENTO	*23 de mayo de 2002*
LUGAR DE NACIMIENTO	*Guaduas – Cundinamarca*
ESTADO CIVIL	*Soltero*

PERFIL PROFESIONAL

Soy una persona responsable, dinámica, con aspiraciones, deseos de superación y metas basadas en el logro de objetivos; aprendo con rapidez y me intereso por cumplir de manera adecuada con la puntualidad, honestidad y responsabilidad en las distintas actividades que realizo y buen desempeño en el trabajo en equipo.

ESTUDIOS REALIZADOS