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:	586
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 C12-24 C586**

ITEM	DESCRIPCIÓN TIPO DOCUMENTAL	FOLIOS
23.	Informe componente seguridad y salud en el trabajo	113911-114110

Fecha de Elaboración:		Nombre del Archivo en el SIGA	779 22 PY 031-22 INF N°35 PARC N°13 C12-24 C586

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

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

1139111

SECUNDARIO	***INS EDUCATIVA RAFAEL URIBE URIBE*** *Bachiller Técnico* *Uribe-Meta* *2020*

OTROS ESTUDIOS

TECNICO	***SENA*** *Producción agropecuaria* *2020*

REFERENCIAS FAMILIARES

MARÍA GUTIÉRREZ

Ama de casa
Celular: 3118990403
Mesetas - Meta

PAOLA SILVARA

Ama de casa
Celular: 3502039197
Mesetas - Meta

1/39/2

REFERENCIAS PERSONALES

NEIFY BEJARANO

Independiente
Celular: 3227126269
Mesetas – Meta.

REFERENCIAS LABORALES

EMPRESA	*LACTOMACARENA*
CARGO	*Oficios Varios*
TIEMPO	*Septiembre 2021 a Marzo 2023*
TELÉFONO	*3107986515*

JEFE INMEDIATO.	*Hernán Carrillo Valero*
CARGO	*Administrador de la plantación de caucho*
TIEMPO	*Marzo 2022 a Diciembre 2022*
TELÉFONO	*3134175800*

JESÚS DAVID SILVARA GUTIÉRREZ
1.007.268.638 de Uribe - Meta

Para todos los efectos legales, certifico que toda la información anotada en la Presente hoja de vida es veraz. (C.ST., Art. 62 num.1)

JESÚS DAVID SILVARA GUTIÉRREZ

11893

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.268.638**

SILVARA GUTIERREZ

APELLIDOS

JESUS DAVID

NOMBRES

Jesus David Silvara

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAY-2002**

GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

11-JUN-2020 URIBE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



0144109-M-1007268638-20200703 0071110961A 1 5181453

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
Le otorga

Institución Educativa

Rafael Uribe Uribe

La Unión Meta

Aprobación Oficial Según Resolución N° 6878 del 30 de Octubre de 2013 y la 5199 del 29 de octubre de 2018 por la Secretaría de Educación Departamental del Meta

Confiere a :

Jesús David Silvara Gutiérrez

Identificado (a) con C C. N° 1 007.268.638 de Uribe

El Título de :

Bachiller Técnico

En Producción Agropecuaria

Por haber Cursado y aprobado los estudios Correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica (Art.25 Ley 115 de 1994) según los Planes y Programas Vigentes

Msg. Mauricio León Gutiérrez
Rector

Ingeniero Gabriel Londoño
Auxiliar Administrativo

Libro de Registro N°.003 Acta N°. 004 Folio N°.004

Este se Requiere Registro según Decreto No 1211 del 10 de Mayo de 1994 Expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 1860 del 18 de Diciembre de 1990 de la Presidencia de la República

Dado en Uribe Meta a los 8 días del mes de Diciembre de 2020

JESÚS DAVID SILVARA GUTIÉRREZ

113915

Acta de Grado

Institución Educativa Rafael Uribe Uribe

Uribe Meta

Jornada Diurna

En la ciudad de Uribe,Meta a los 18 días del mes de Diciembre del año 2020 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de **LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA RAFAEL URIBE URIBE.**

Institución aprobada hasta **Nueva Visita** en el nivel de Educación Media Técnica y Académica autorizada por Secretaria de Educación del Departamento del Meta para otorgar el Título de : **BACHILLER TÉCNICO EN PRODUCCIÓN AGROPECUARIA.**

Según Resolución No.0878 del 30 de Octubre de 2015 y 5199 de 20 de octubre de 2016

Comprobada la situación Legal y Académica, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER TÉCNICO EN PRODUCCIÓN AGROPECUARIA, al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Jesús David Silvara Gutiérrez
Identificado con C C No 1 007 208 038 de Uribe

Es fiel copia tomada del Acta Original General No : 004 de fecha Diciembre 18 de 2020 y que consta de 57 alumnos que comienza con el nombre de : AGUDELO VELÁSQUEZ KATERINE y se cierra con el nombre de : ZARTA GARZÓN LAURA VALENTINA.

Firmado por : Mag. Mauricio León Guevara (Rector) , y Ismenia Giraldo Londoño(Auxiliar Administrativo)

Dada en Uribe,Meta , a los 18 días del mes de Diciembre de 2020

FIRMA

Mag Mauricio León Guevara
Rector

Ismenia Giraldo Londoño
Auxiliar Administrativo

JESÚS DAVID SILVARA GUTIÉRREZ

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

113916

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:29:58 AM horas del 16/02/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1007268638**
Apellidos y Nombres: **SILVARA GUTIERREZ JESUS DAVID**

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

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

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

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

DIJIN

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

Generación de antecedentes

1139/7

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:

1007268638

Tipo de certificado:

(•) Ordinario ( ) Especial

¿Cual es la Capital del Atlantico?

100

Generar

EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN INGRESADO NO SE ENCUENTRA REGISTRADO EN EL SISTEMA.

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 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: CIE Software Colombia
V.1.0.1

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

113918

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 15 de febrero de 2026, a las 20:42:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007268638
Código de Verificación	1007268638260215204243

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

Nequi

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

11819

Certificado de depósito de bajo monto

Domingo, 15 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que JESUS DAVID SILVARA GUTIERREZ identificado con cédula de ciudadanía 1007268638, 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
3117478534	87078077359	ACTIVA	01-05-2025

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

Un saludo
Equipo Nequi

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

113920

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name	Tipo de identificación / ID Type
JESUS DAVID SILVARA GUTIERREZ	CÉDULA DE CIUDADANÍA
Número de identificación / ID Number	**Fecha de nacimiento / Date of birth**	**País nacimiento / Country of birth**
1 0 0 7 2 6 8 6 3 8	23/05/2002	COLOMBIA
Número de contacto (móvil) / Phone number	**Correo electrónico / e-mail**
3117478534	

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
COVID JANSSEN	Única	7	8	2021	Janssen	212A21A	CENTRO DE ATENCION MESETAS	KELLY JOHANA GALINDO ZARTA

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 Immunization - 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.

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

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

2026/02/23 **2:27 pm** **Radicado:** 3740154

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: 1007268638 **Telefono:** 9
Nombre: SILVARA GUTIERREZ JESUS DAVID

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **[redacted] cédula de ciudadania**
  1007268638 JESUS DAVID SILVARA GUTIERREZ
- **Formulario de inscripción del trabajador**
  1007268638 JESUS DAVID SILVARA GUTIERREZ

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 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6816512 ext. 3881
Línea Amiga 6816320 e-mail serdiunto@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado SuperIntendencia del Subsidio Familiar

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

Vigilado Supersubsidio

113921

113922

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.110.086.312

Apellidos
CABALLERO AGUIAR

Nombres
DIANA PATRICIA



Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
25 DIC 1988

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ANZOATEGUI (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
01 FEB 2007 ANZOATEGUI

Firma

Diana P Caballero

Fecha de expiración
23 MAR 2034

0416241111

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0414241112290l3<<<<<<<<<<
8812256F3403233COL1110086312<2
CABALLERO<AGUIAR<<DIANA<PATRIC

113923

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/02/2026, el empleador TRITURADOS SAN JOSE SAS identificado con NIT número 901709155 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9972804	12/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1110086312	DIANAPATRICIA CABALLERO AGUIAR	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-02-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Febrero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

113924

CER_AFI_20260106450875

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Diana Patricia Caballero Aguiar identificado con CC. 1110086312 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	2026/02/09	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5081105

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de 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: **CC07022026N1110086312A7463525.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

113925

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CABALLERO AGUIAR DIANA PATRICIA** identificado(a) con **CC** número **1.110.086.312** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de junio de 2015 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 10 de febrero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

1139926

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	1110086312
NOMBRES	DIANA PATRICIA
APELLIDOS	CABALLERO AGUIAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	EL CASTILLO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/10/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/10/2026 16:17:18	**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

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

113922

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Caballero	Aguiar	Diana Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.110.086.312

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 25 MES 12 AÑO 1988

PAÍS: Colombia

DEPTO: Meta

MUNICIPIO: Uribe

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Barrio Jardín

PAÍS: Colombia DEPTO: Meta

MUNICIPIO: Uribe

TELÉFONO: 3118981146 EMAIL: dianacaballero1@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											TITULO OBTENIDO: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	X	6o.	7o.	8o.	X	10	X	MES 06 AÑO 2022

EDUCACION 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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO 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)

113928

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	constructoraguantameriand@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3165776941	DÍA 27 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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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)

113929.

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	20	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	20	2

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 Meta -

Diana P Caballero

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

(Default.aspx)

1/3930

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, 25/08/2025 05:30:10 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1110086312** y Nombre: **DIANA PATRICIA CABALLERO AGUIAR.**

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. **122089321** . 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

LICEO PSICOPEDAGÓGICO JOSÉ MARTÍ S.A.S

DANE 350001003543
NIT. 900944401-6

1292

Acta Individual de Grado

En la ciudad de Villavicencio a los Dieciocho (18) dias del mes de noviembre de 2022, se reunieron los suscritos Claudia Graciela Tibabuzo Galindo, Rectora y Maury Rojas Bautista, secretaria, en las instalaciones del Liceo Psicopedagógico José Martí S.A.S autorizada mediante resolucion 3802 del 27 de noviembre de 2014 de la Secretaria de Educación Municipal para ciclos lectivos de Educación Básica y Media Académica, con el fin de formalizar la graduación de los educandos del último ciclo.

Revisada la situación legal y academica, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO A:

CABALLERO AGUIAR DIANA PATRICIA

C.C No. 1.110.086.312 de Anzoategui.

Es fiel copia del libro de actas de graduación original No. 32 folio 169 del 18 de noviembre del año 2022, que inicia con Arias Arbelaes Luz Dey Maribel y termina con Rojas Rengifo Erika Marcela.

Dada a los 18 dias del mes de noviembre del año 2022

Claudia Graciela Tibabuzo Galindo
Rectora

Maury Rojas Bautista
secretaria

"No requiere registro de la Secretaria de Educación segun Decreto 021 del 6 de mayo de 1984 Y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República"

113932

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Y EN SU NOMBRE EL

LICEO PSICOPEDAGÓGICO JOSÉ MARTI S.A.S

DANE 350001003543
NIT. 900944401-6

Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal, según la resolución No. 3802 del 27 de noviembre de 2014

Confiere a:

CABALLERO AGUIAR DIANA PATRICIA

C.C No. 1.110.086.312 de Anzoategui.

El título de

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media "Art. 28 Ley 115 del 94", Según los planes y programas vigentes

Libro de Registro No. 32
Folio No. 169

Claudia Graciela Tibabuzo Galindo
Rectora

Mayry Rojas Bautista
secretaria

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 290708778

PIB
14:28:07
Hoja 1 de 01

113933

Bogotá DC, 04 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) DIANA PATRICIA CABALLERO AGUIAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110086312.

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

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.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/02/2026 02:23:58 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1110086312** y Nombre: **DIANA PATRICIA CABALLERO AGUIAR.**

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. **134198326** . 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

1139

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 04 de febrero de 2026, a las 14:16:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1110086312
Código de Verificación	111008631226020414160 9

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

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

113936

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

2026/02/12 12:56 pm **Radicado:** 3730167

Recibe: LAURA SOFHIA BARBOSA BUENO

Clasificación: **Estado:** R **Asesor:** 94

INSCRIPCION PRIMERA VEZ Casado o Union Libre (Hijos)

Información Empresa:

Nit: 901709155 **Telefono:**0

Razón Sócial: TRITURADOS SAN JOSÉ SAS

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1117818379 **Telefono:** 0

Nombre: ULCUE FLOREZ DEIBER ESTIVER

Dependencia:

DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **[illegible] cédula de ciudadanía**
  - 1117818379 DEIBER ESTIVER ULCUE FLOREZ
  - 1023959116 YEIMY ALEJANDRA CORREDOR JOYAS
- **Formato Declaración Juramentada**
  - 1023959116 YEIMY ALEJANDRA CORREDOR JOYAS
- **Formulario de inscripción del trabajador**
  - 1117818379 DEIBER ESTIVER ULCUE FLOREZ
- **Registro civil de nacimiento**
  - 1123144779 JOSE GAEL ULCUE CORREDOR

Observaciones:

6 FOLIOS, PRIMERA VEZ, DEPENDENCIA ECONOMICA
DECLARACION JURAMENTADA
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

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Línea Amiga 6818323 e-mail servicliente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilada Superintendencia del Subsidio Familiar

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

Vigilado Supersubsidio

CER_AFI_20260164492?6

1139?7

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Deiber Estiver Ulcue Florez identificado con CC. 1117818379 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	2026/02/09	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5081105

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de 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: **CC07022026N1117818379A7462127.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Colpensiones

113938

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DEIBER ESTIVER ULCUE FLOREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1117818379,** se encuentra afiliado/a desde **10/02/2026** 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 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.

Colpensiones
NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2026_2684437
10/02/2026 4:39:21 p. m.
WEB
AFILIACIONES
No Folios: 01

20262684437

113939

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) CD ( ) PA ( ) CE ( ) PEP ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento: 1117818379
Fecha de expedición: 10 10 2009 | Municipio Expedición | Departamento Expedición | Sexo: M (X) F ( )
Primer nombre: DEIBER | Segundo nombre: ESTIVER
Primer apellido: ULCUE | Segundo apellido: FLOREZ
Fecha nacimiento: 25 03 1991 | Municipio nacimiento: CARTAGENA DEL | Departamento nacimiento: CAQUETA | Nacionalidad: COLOMBIA
Dirección de residencia: BR JARDIN | Barrio / vereda de residencia: JARDIN
Municipio de residencia: URIBE | Departamento de residencia: META
Teléfono de residencia | Celular: 3124751243 | Salario 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: DEIBERULCUEFLOREZ@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, mensajes de cobro y demás comunicaciones relacionadas con sus vínculos y/o derechos a través de: Mensaje de texto, correo electrónico, página web y redes sociales: 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) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) RC ( ) 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 ( ) RC ( ) 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 ( ) RC ( ) 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: Dependiente Voluntario (X) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad afiliadora ( ) Traslado por Elección Inicial ( ) El empleador realiza aportes: Sí ( ) No ( ) Subsidiado: Sí ( ) No ( )
El afiliado recibe salario bajo el régimen especial de pensiones: Sí ( ) No ( ) ¿Cuál? | Entidad de la que debe cotizar: | %
1. AUTORIZACIÓN PARA BIOMETRÍA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/solicitante acepta y autoriza de manera expresa a COLPENSIONES para que realice el tratamiento de sus datos personales, sensibles o biométricos, para que los almacene, gestione, administre, parametrice, actualice e integre con los sistemas propios o externos de COLPENSIONES, así como la consulta, recaudo, modificación y uso en el desarrollo de las actividades propias de la misión de la entidad, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de COLPENSIONES, la cual se encuentra publicada en la página web www.colpensiones.gov.co. Sí (X) No ( )
2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y CUOTO INFORMACIÓN: El afiliado/solicitante acepta y autoriza de manera expresa que la administradora COLPENSIONES, en ejercicio de sus funciones de administración y control, realice el tratamiento de sus datos personales, sensibles o biométricos, para que los almacene, gestione, administre, parametrice, actualice e integre con los sistemas propios o externos de COLPENSIONES, así como la consulta, recaudo, modificación y uso en el desarrollo de las actividades propias de la misión de la entidad, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de COLPENSIONES, la cual se encuentra publicada en la página web www.colpensiones.gov.co. Sí (X) No ( )
3. CONFIRMACIÓN OBTENER INFORMACIÓN CENTRALES DE RIESGOS COLOMBIANAS: El afiliado/solicitante autoriza de manera expresa a COLPENSIONES para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, modifique, actualice, retire y divulgue a las centrales de riesgos crediticios y de servicios, toda la información relevante para conocer el desempeño como deudor, su capacidad de pago, el cumplimiento de sus obligaciones crediticias, comerciales, financieras y de servicios, la información de sus deudas vigentes, vencidas sin cancelar, procesos, hojas de vida de sus productos financieros, los datos de identificación básica y demás información que se requiera para el cumplimiento de la misión de la entidad. Sí (X) No ( )

V. FIRMAS

Hago constar que la selección de Régimen: RPM ___ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, completa y objetiva de la cual he quedado plenamente informado(a) que he elegido a COLPENSIONES y que alternativa(s) más apropiada(s) a mi caso particular y que los datos anteriormente consignados son exactos y verídicos.

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.

DEIBER ESTIVER ULCUE FLOREZ
CC. 1117818379
Documento firmado electrónicamente

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

"Ven por tu FUTURO"

AD-GAF-FUL-021_V6

cadena.

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	1117818379
NOMBRES	DEIBER ESTIVER
APELLIDOS	ULCUE FLOREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAQUETA
MUNICIPIO	SAN VICENTE DEL CAGUAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	01/04/2011	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/10/2026 16:28:10	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

18941

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

113942


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.117.818.379

ULCUE FLOREZ

DEIBER ESTIVER


FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1991

CARTAGENA DE CHAIRA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-OCT-2008 SAN VICENTE DEL CAGUAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

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
D M A	

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Uwe Flores	Deiber estiver
Fecha de nacimiento	**Lugar de nacimiento**
25 03 1991	Cartagena de chaira
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
El Jardin	Uribe
Teléfono	**N°. Celular**
3124751243	3124751243
Correo electrónico	**Nacionalidad**
deiberuweflores@gmail.com	colombiano
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil**
Jornalero	Union libre

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

Años de experiencia laboral:

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: X	No. 1117518379	(**) Libreta militar No.	Primera clase:
Extranjería:	Expedida en: San Vicente	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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si: No: X	¿En cuál empresa?	Empleado: Independiente:	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si: No: X	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si: No:	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si: No: Nombre: Dependencia:
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si: X No:	Nombre: Astrid cardina Rabayo Dependencia:	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Aviso: Amigo: Redes Sociales: Por medio de agencia: Otro: ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si: No:	Vive en casa: ¿Familiar? ¿Propia? ¿Arrendada? X	Nombre del arrendador: María Elena	Teléfono: 311 506 3777 ¿Hace cuánto tiempo vive en esta ciudad? 2 MESES
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si: No:	Descríbalo e indique su valor mensual:		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $
¿Por qué consejos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si: No: ¿Cuál(es)?		

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

19706006

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposo(a) o compañero(a)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Yeimi Alejandra Cuellar	Ama de casa	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
	El jardín	3124591589	Uribe

Nº de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
3	Mujer - Hijo - entenado	28 - 6meses - 6años

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Idaly Ulcue Flaez	Ama de casa	3224806344

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

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

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

Sistemas	Si [ ] No [ ]	1.	R B MB	3.	R B MB
¿Qué programas maneja?		2.	R B MB	4.	R B MB

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

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

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

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso (D A A)	Fecha Retiro (D A 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					

1139455

Nombre de la empresa	Actividad Economica	Dirección	Telefono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Area del cargo	Fecha ingreso	Fecha Retiro	Sueldo inicial	Sueldo Final
				$	$

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	Direccion	Teléfono(s)

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

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	Telefono
1.	Gabriel Vargas	celador	San Vicente	3102155277
2.	Fredy Villada	Jornalero	Horiente	3144172370

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Telefono
1.	Yineth Rebayo	Ayudante d. obra	Barrio El Jardin	314 3862764
2.	Idaly Ulcue	Ama de casa	V. Versalles	3224206341

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

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

DEIBER STIVER ULCUE
CC. 1117535379

minerva

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

VIII. NOTAS ADICIONALES

113946

113947



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.117.818.379
ULCUE FLOREZ
APELLIDOS
DEIBER ESTIVER
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1991
CARTAGENA DE CHAIRA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
13-OCT-2009 SAN VICENTE DEL CAGUAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policia Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:56:13 PM horas del 02/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1117818379**

Apellidos y Nombres: **ULCUE FLOREZ DEIBER ESTIVER**

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 Modulo. 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.grael-atc@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 290573526

PIB
17:54:34
Hoja 1 de 01

113949

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) DEIGER ESTIVER ULCUE FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1117818379:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

1139570

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletin de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 02 de febrero de 2026, a las 17:53:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1117818379
Código de Verificación	111781837926020217 5341

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Este carné es válido en Colombia.
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: Deiber Estiver

Apellidos: Ulcue Flores

Documento de identidad: CC X CE PA CD SC PE PPT DE

Número de documento: 1117816379

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 03 Año 1991

11395)

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	30 05 25	246006E2	Vivanta
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	30 05 25	2393103E	Vivacin
	2			
	3			
	4			
	5			
VIPP 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				

11952

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

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

SELECCIONE TIPO DE AFILIACIÓN (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 17 02 2026 | Afiliacion primera vez: | X Adición personas a cargo | X Reafiliacion | Veteranos (Ley 1979/2019):

Nombre de Empleador: TRITURADOS SAN JOSE SAS | X CC | CE | NIT: 9017099155-6

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

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: MONTERO | Segundo Apellido: RIAÑO | Nombres: ANIBAL ALVEIRO | X TI | CE | PEP | PPT | No: 87573544

Fecha de Nacimiento: 27 04 1977 | Fecha de Expedición Documento: 02 07 1996 | Sexo: X F | NB | Celular: 3106143805

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

Fecha de Ingreso: 17 02 2026 | Correo Electrónico: anibalmontero87@gmail.com

Dirección Residencia: cl 7 cs 20 | Barrio/Vereda: BR LA ESPERANZA | Ciudad/Municipio: URIBE | Rural | X Urbano | País: COLOMBIA

Resguardo: | Pueblo Indígena:

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

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

SEÑALE CON UNA X

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

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Preescolar	Básica	Secundaria	Media	Básica Adultos	Secundaria Adulto	Media Adultos
1ª Infancia	Técnico Profesional	Tecnólogo	Profesional Universitario	Posgrado/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 Andres Prov. y Sta. Catalina

FACTOR VULNERABLE

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

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: TASCON | Segundo Apellido: MAIGARA | Nombre: GLORIA | X TI | CE | PEP | PPT | No: 1.123.310.158

Fecha de Nacimiento: 16 11 1994 | Fecha de Expedición: 20 11 2012 | Dirección: CL 7 CS 20 | Barrio: LA ESPERANZA | Ciudad: URIBE

Correo Electrónico: glorintascon@gmail.com | Celular: 310 2560475

Nombre del Empleador donde Trabaja: N/A | Profesión: N/A | Salario Básico Mensual $: N/A | Recibe Cuota Monetaria: SI X

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

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo Documento	Número de Identificación	Fecha de Expedición	Sexo F	Sexo M	Parentesco	Discapacidad SI	Discapacidad NO	Municipio de Residencia	Rural	Urbano
JASIR JARID MONTERO TASCON	06 03 2021	R.C	1.123.211.988	18 04 2021		X	HIJO		X	URIBE		X

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios 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 sanción según el artículo 43 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 los siguientes finalidades:

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

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

Los usuarios 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

ANIBAL MONTERO
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.

113953

Cofrem

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Fecha de solicitud			
Año	Mes	Día	Ciudad / Municipio
2026	02	17	URIBE - META

Yo ANIBAL ALVEIRO MONTERO RIAÑO

Identificado(a) con C.C. [X] C.E [ ] S.C [ ] C.D [ ] PPT [ ] T.I [ ] Número: 87.573.544

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			
JASIR JARID MONTERO TASCON	R.C	1.123.211.986	HIJO	N/A	N/A
GLORIA TASCON MAIGARA	C.C	1.123.310.158	PAREJA	GLORITASCON@GMAIL.COM	3102560475

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): GLORIA TASCON MAIGARA identificado (a) con el tipo de documento CEDULA número 1.123.310.158 es mi compañero (a) permanente y convivimos desde hace 5 años 7 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 biológico (a) 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 firmado 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: ANIBAL MONTERO

Documento identidad: 87575544

Observaciones:

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

018 20412236

112954

FECHA DE RADICACIÓN 21/02/2026

I. DATOS DEL TRÁMITE 69CC 875+ 3544 21/02/2026 18/2000003

1. TIPO DE TRÁMITE
A. AFILIACIÓN — B. NOVEDAD DE NOVEDAD — 2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual — B. Colectivo — C. Institucional — D. Oficiales — 3. RÉGIMEN: A. Contributivo — B. Subsidiado
4. COTIZACIÓN SOLIDARIA — 5. No. — 6. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional — 7. EPS DE ORIGEN: A. Dependiente — B. Independiente — C. Pensionado — 8. CÓDIGO

II. AFILIACIÓN

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

9. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
montero	RPATO	Anibal	Alveiro

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: A — 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 87573544 — 11. SEXO BIOLÓGICO: M — 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual? — 13. NACIONALIDAD: Colombiana — 14. LUGAR DE NACIMIENTO: colombia — 15. FECHA NACIMIENTO: 27/04/1977

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 6 — 17. DISCAPACIDAD: SI / NO: A — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD — 18. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI / NO — 19. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL — GRUPO — 20. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA — 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL — 22. ARL

23. AFP: Porvenir — 24. IBC: 1750905 — 25. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: Cra 8 No. 12-43 El Jardín

TELÉFONO FIJO — TELÉFONO CELULAR: 3106143805 — CORREO ELECTRÓNICO: anibal montero 1977@gmail.com — DEPARTAMENTO: meta

MUNICIPIO/ DISTRITO: la uribe — LOCALIDAD/COMUNA — ZONA — IPS

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario(s) 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 — 34. FECHA NACIMIENTO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. FECHA NACIMIENTO (Día / Mes / Año)	40. ESTADO CIVIL	41. PARENTESCO	42. SEXO BIOLÓGICO
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. CONDICIÓN	46. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI / NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL / GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI / NO	50. MUNICIPIO DE RESIDENCIA	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	ZONA
01										
02										
03										
04										
05										

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. CÓDIGO DE LA IPS DEL AFILIADO ANTERIOR	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (Si hace PARTE DE LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

55. Razón Social: Propia — 56. Tipo documento de identificación: C — 57. Número del documento de identificación: 901709125 — 58. Tipo de aportante: Dependiente

59. Dirección: Calle 15 No 10-01 Of 310 — 60. Teléfono: 2690706 — 61. Código: nula — 62. Nombre del Representante Legal: Vp Talento

VI. TIPO DE NOVEDAD

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 ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10 TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11 INSCRIPCIÓN EPS EN TORNO AL PAGO A TRAVÉS DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12 VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13 DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14 MIGRACIÓN A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15 TRASLADO ENTRE RÉGIMEN / DENTRO DEL MISMO RÉGIMEN
16 REPORTE DE FALLECIMIENTO
17 REPORTE DEL TITULAR DE PROTECCIÓN AL DESEMPLEO
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
montero	RPATO	Anibal	Alveiro

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: A — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 87573544 — 62. SEXO BIOLÓGICO: M — 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual? — 64. FECHA NACIMIENTO: 27/04/1977 — 65. EPS ANTERIOR — 66. FECHA DE NOVEDAD: 17/02/2026 — 67. MOTIVO DE TRASLADO: Código 1 — 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O RIESGOS DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES — EMSANAR

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales [illegible] grado de parentesco que existe. 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 satisfacer de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidieron la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no intermediación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
73. Autorización para que la EPS suministre 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. 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 de consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines asistenciales relacionados sobre la prestación de servicios de salud dentro de los marcos regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RINE)
77. Aceptación de las condiciones para vincularme 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 normativa del Estado vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de no encontrarse el cotizante en tarifa reportar la persona de su grupo familiar que tuvo a cargo el pago de la Contribución Solidaria

113955

CER_AFI_20260218275195

POSITIVA Compañía de Seguros

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Anibal Alveiro Montero Riaño identificado con CC. 87573544 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	2025/02/17	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5081105

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de 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: **CC16022026N87573544A9199312.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

113956

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:

ANIBAL ALVEIRO MONTERO RIAÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **87.573.544**, 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 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.*

113957

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	87573544
NOMBRES	ANIBAL ALVEIRO
APELLIDOS	MONTERO RIAÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	PUERTO ASIS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/11/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	02/16/2026 17:12:22	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

1139588

1 de 1 100%

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-02-13

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 8757384	ANIBAL	ALVERNO	MONTERO	RIAÑO	M

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-02-13

Administradora	Regimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EMSSANAR S.A.S.	Subsidiado	01/10/2017	Activo	CABEZA DE FAMILIA	PUERTO ASIS

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-02-13

Regimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2014-03-01	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-02-13

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-02-13

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-02-13

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-02-13

No se han reportado pensiones para esta persona

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-02-13

Administradora	Programa	Fecha de Vinculacion	Estado de la Vinculación	Estado del Beneficio	Fecha Ultimo Beneficio	Ubicación de Entrega del Beneficio
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	Beneficios Economicos Periodicos BEPS	2018-04-18	Activo	Inactivo	2018-04-18	Putumayo- PUERTO ASIS

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

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

11 2959

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Uribe Meta	12 | 02 | 2026	Ayudante de Obra	

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Montero	Riaño	Anibal Alveiro

FOTOGRAFÍA RECIENTE Tamaño 3 x 4 cms.

Profesión, ocupación u oficio	Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial?
Oficios Varios	3 meses	$ Lo asignado

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Sandona Nariño	D 27 | M Abr | A 1977	Unión libre

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Barrio la esperanza	la esperanza	3106143805

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°	
Expedida en: Sandona	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. EDUCACION 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 >

minerva 101-00 Diseñada y actualizada según la ley © por "MH"

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

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

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

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

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Orlando lotero lopez	Agricultor	Vda. carmelas	3123385406
2.-	Nombre: Michael reyes Tuberquia	Ocupación: Trabajador	Dirección: Barrio la esperanza	Teléfono: 3232224677

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo		¿Lo recomendó 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
Anibal Montero
C.C. 875-73544

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

11396011

11396/

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **87573544**

MONTERO RIAÑO
APELLIDOS

ANIBAL ALVEIRO
NOMBRES

ANIBAL MONTERO
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ABR-1977**
SANDONA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-JUL-1996 SANDONA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABETH ARMIPO LOPEZ

A-6400200-70113270-M-0087573544-20030610 **03071** 03161A 01 122402420

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 291230515

PIB
17:59:05
Hoja 1 de 01

113962

Bogotá DC, 12 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) ANIBAL ALVEIRO MONTERO RIAÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 87573544:

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

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

113963

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 12 de febrero de 2026, a las 18:00:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	87573544
Código de Verificación	875735442602121800l4

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

112964

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:56:13 PM horas del 12/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **87573544**

Apellidos y Nombres: **MONTERO RIAÑO ANIBAL ALVEIRO**

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. 39552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.arac atc@policia.gov.co

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el compo

Nit : 800.037.800-8

113965

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: MONTERO RIAÑO ANIBAL ALVEIRO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 87573544, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-456-00-00070-7, con una antigüedad de (0) año(s).

Se expide en URIBE, a los doce (12) días del mes de febrero de 2026, con destino a: A QUIEN PUEDA INTERESAR

DIRECTOR (A) OFICINA

1139966

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name	Tipo de identificación / ID Type
ANIBAL ALVEIRO MONTERO RIAÑO	CÉDULA DE CIUDADANÍA
Número de identificación / ID Number	**Fecha de nacimiento / Date of birth**	**País nacimiento / Country of birth**
8 7 5 7 3 5 4 4	27/04/1977	COLOMBIA
Número de contacto (móvil) / Phone number	**Correo electrónico / e-mail**
NO REGISTRA	

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	4	12	2013		024L1015B	PUERTO ASIS ESE HOSPITAL LOCAL	
Fiebre Amarilla	Única	11	12	2013		J33741	PUERTO ASIS ESE HOSPITAL LOCAL	
COVID JANSSEN	Única	7	2	2022	Janssen	202C031A	ESE HOSPITAL LOCAL	JULIAN DAVID CRIOLLO MENA

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 realicen 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 Immunization - 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.

Powered by Carvajal

113967

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: **EDWIN YAMPOOL RUBIO BRAVO**

Tipo de identificación / ID Type: **TARJETA DE IDENTIDAD**

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 8 5 4 4 5 5 2**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **25/08/2007**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Antipolio Oral (VOP)	Segundo Refuerzo	21	09	2012			CENTRO DE ATENCION URIBE	
DPT	Segundo Refuerzo	21	09	2012			CENTRO DE ATENCION URIBE	
Triple Viral	Refuerzo	21	09	2012			CENTRO DE ATENCION URIBE	
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Refuerzo	18	08	2014			CENTRO DE ATENCION URIBE	YILEMY RAMIREZ

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.

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva

113968

Ciudad: Cartagena | Fecha: 15 / 02 / 2024 | Empleo o cargo al cual aspira:

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
RUBIO	BRAVO	Edwin Ferney



Profesión, ocupación u oficio	Nro de empresa afiliada	Salario que desea recibir
Ayudante de obra		$2.500.000

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estatura
Riohacha Guajira	25 / 08 / 2004	1.65

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
CRA 7A # 40	Socorro	3117462

Cédula de ciudadanía: N° 1.129.511.552	(*) Libreta militar N°	
Expedida en: Barranquilla	Distrito N°	Primera clase ☐ Segunda clase ☐

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
	Si ☐ No ☒	Cumaira	3122142372	$ 350.000

¿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	Institucion Edu Unibesubc.	Unibe	11	2024
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)		

minerva ... información diligenciada y actualizada según la ley 2300 ...

1702124007790

V. TRAYECTORIA POR EMPRESA (Indique con una [X] en que área ha trabajado e haga una descripción)

AGRICULTURA		Textiles y Confecciones		Metalurgia		COMERCIO		SALUD	
GANADERIA AVICULTURA		Cuero y Calzado		Maquinaria		HOTELES Y RESTAURANTES		EDUCACIÓN	
MINERIA		Papel y Cartón		Automotores		TRANSPORTE		SEGUROS	
PETRÓLEO - GASOLINA		Editorial y Artes Gráficas		Muebles		BODEGAJE		VIGILANCIA	
INDUSTRIA		Químicos y Farmacéuticos		Reciclaje		COMUNICACIONES		OTRO	
Alimentos y Bebidas		Caucho y Plásticos		ELECTRICIDAD, GAS, AGUA		FINCA RAÍZ			
Tabaco		Vidrio, Cerámica y Cemento		CONSTRUCCION		INFORMATICO			

VI. INFORMACION FAMILIAR

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES (Indique con nombres de personas distintas a familiares o compañeros)

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Berta Losada	Tercero	Barrio Bosadin	320 300 5470
2.-	Celso Vera	Ganadero	Recreo	312 [illegible]

VIII. INFORMACIÓN ADICIONAL

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

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

Nombre de la persona que lo recomienda: Bruno

División o departamento: Bardin

Si tiene parientes en esta empresa mencionelos:

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

Edwin L
CC 1.128.[illegible]552

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

Concepto primer entrevistador

Vo Bo como candidato Firma | Fecha

Concepto segundo entrevistador

Vo Bo como candidato Firma | Fecha

Conclusiones

Fecha

Candidato seleccionado definitivamente Si [ ] No [ ] | Contratese a partir del | Sueldo $

Candidato elegible próximamente Si [ ] No [ ] | Cargo | Tipo de contrato

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

112969

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas

NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 905. República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: 19/02/2026

112970

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 Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): [ ][ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: RUBIO	Segundo apellido: BRAVO	Primer nombre: EDWIN	Segundo nombre: YAMPOOL
7. Tipo de documento de identidad: C.C	8. Número del documento de identidad: 1.728.544.551	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 25/08/2007

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ]		[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
POSITIVA	COLPENSIONES	1'750.905

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Calle 7 Carrera 11	3118222820	3005690529	

Municipio / Distrito	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento
URIBIA			META

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento
[ ]			

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	[ ]				
B2	[ ]				
B3	[ ]				
B4	[ ]				
B5	[ ]				

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
Concretos y encofrados ondas	[ ][ ][ ][X][ ][ ]	901862481	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
URIBIA Las casitas	3005690529	Concretosyencofrados@gmail.com	URIBIA	META

11897

V. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [x] A. Régimen Contributivo — [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Mismo Régimen — [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RUBIO	BANO	EDWIN Jamad	

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
[ ]	1.128.844.552	[ ]	[x]	19-01-2016	19/02/2016

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado (Código)	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO información del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la E.P.S. 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 lo requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
EDWIN R	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] — Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
[ ][ ]	[ ][ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

Cofrem

FORMATO
"AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

División de Subsidios FD1/SS1-F01

Fecha de Diligenciamiento: DD MM AAAA

Página 1 de 1 — Versión: 21 — Fecha de Vigencia: 2025-01-30

113922

I INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (Marque con una X)

Afiliación: Primera Vez ☐ Reafiliación ☒ Adición de Beneficiarios ☐ Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cuidador(a) ☐ Veteranos Ley (1978/2019) ☐

Nombre Empleador: CONCRETOS Y ENKOFRADOS NIT ☒CC ☐PEP ☐PPT ☐CE ☐SC ☐NT 901862981 Celular: 3003610529

Dirección Principal del Empleador: FCA PARRAL Barrio/Vereda: VDA CARACOL Ciudad/Municipio: SAN JOSE GUAVIARE

II INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (Marque con una X)

Primer Apellido: RUBIO Segundo Apellido: BRAVO Nombres: EDWIN YAMMIL

Tipo de Identificación: TI ☒CC PEP PPT CE SC Nº: 1118.544.552 Sexo: F ☒M NB Celular:

Fecha de Nacimiento: 25 08 2004 Fecha de Expedición: 18 04 2023 Correo Electrónico: NO TIENE Profesión: AUXILIAR OBRA

Dirección de Residencia: Barrio/Vereda: VEREDA VERSALLES Ciudad/Municipio: URIBE RURAL URBANO

País: COLOMBIA Resguardo: Pueblo Indígena:

Estado Civil: ☒Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo Pertenencia Étnica: Afrocolombiano Indígena Comunidad Negra Palenquero Room/Gitano No Disponible Ninguno Raizal de Arch/ S.A y S.Catalina

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual No Disponible Nivel de Escolaridad: Preescolar Básica Secundaria Básica Media Básica Básica Primaria Básica Secundaria Adulto Media Adultos Ciclos Técnicos Profesional Tecnólogo Profesional Posgrado Maestría Secundaria Normalista Ninguno

Factor Vulnerabilidad: Condición Discapacidad Desplazado Desmovilizado Desmovilizado Retornado Población Zonas Fronteras Víc. Conflicto Armado no Desplazado Ejercicio Trabajo Sexual Mujer Cabeza de Familia sin Madre Cónyuge Población Migrante No Disponible Ninguno

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

Fecha de Ingreso: DD MM AAAA Cargo: AYUDANTE OBRA Salario Básico Mensual ($): 1.750.905 Tipo de Salario: ☒Ordinario Variable Tipo de Contrato: Fijo Indefinido

Dirección de la Empresa donde Labora: VEREDA VERSALLES Barrio/Vereda: VEREDA VERSALLES 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 CONYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

Tipo de Identificación: TI CC PEP PPT CE SC Nº: Sexo: F M BR Celular:

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

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

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

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

Documento		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 los menores a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para dicho beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

Si el titular autorizado para cobrar los cuotas monetarias no diligencia el cónyuge y/o compañero 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 estos datos por parte del empleador o la respectiva Caja y la inclusión de los mismos sobre quienes recaen los beneficios según el artículo 41 de la ley 21 de 1982. Así mismo, declaro que la información que se ha consignado en ninguna forma es errada 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 dispensado en forma derecho y el, 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 exigida a los servidores y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para recibir mi información personal así como los datos personales de mi núcleo familiar, incluyendo datos sensibles y de usuario con la establecido en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en [redacted] información que será utilizada para las siguientes finalidades:
*Garantizar el ejercicio de sus 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 el mismo o mediante su entrega a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
*Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios, programas, alianzas, estudios, concursos, ofertas, sorteos, promociones o eventos 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 nuestro red de afiliados a nivel regional o nacional y con los Cajas de Compensación Familiar de otras departamentos.
Los datos personales entregados 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 pueden ejercer sus derechos de actualizar, conocer, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico [redacted] Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin designen.

Edwin Rubio — FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR

FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador y el empleador no puedan firmar, se autoriza al caja de la huella a la letra a ruego en presencia del jefe de área de Servicio al Cliente en Información y en municipios los jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Colón, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y [redacted] de mis datos personales. En caso de no estar de acuerdo, abstenerse con una X la siguiente casilla: [redacted]

IMPORTANTE:

Los documentos que presenten adiciones o enmendaduras no [redacted] Caja, [redacted] requerimiento será 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 afiliación y [redacted] de Ley, para lo cual 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

113923





Sanitas.

Guacha 18 e.

1128544

CER_AFI_2026017888601

POSITIVA Compañía de Seguros

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

EDWIN YAMPOOL RUBIO BRAVO identificado con CC. 1128544552 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y/o Razón Social	CONCRETOS Y ENCOFRADOS CARDOZO	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901662981

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2026/02/10	**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 13 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: **CC13022026N1128544552A8818641.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

RADICACIÓN

11289755

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA

Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE (X) INDEPENDIENTE ( ) FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento CC (X) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento 1128544552

Fecha de Expedición 23 09 2025 | Municipio Expedición | Departamento Expedición | Sexo M (X) F ( )

Primer nombre EDWIN | Segundo nombre YAMPOOL

Primer apellido RUBIO | Segundo apellido BRAVO

Fecha nacimiento 25 08 2007 | Municipio nacimiento URIBE | Departamento nacimiento META | Nacionalidad COLOMBIA

Dirección de residencia CL 1 KR 11 | Barrio / vereda de residencia JARDIN

Municipio de residencia URIBE | Departamento de residencia META

Teléfono de residencia | Celular 3114627014 | Salario integral SI (X) No ( )

Ocupación u oficio Obreros y peones de obras públicas y r | Ingreso mensual $ 1,750,950 | Es empleador SI ( ) No (X)

Correo electrónico GUANCHA181053@GMAIL.COM | 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 comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye 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 AGRUPADORA

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

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

Dirección CL 1 KR 11 | Municipio BOGOTA, D.C.

Barrio / vereda | Departamento BOGOTA D.C | Sucursal

Teléfono 3005610529 | Celular | Ocupación u oficio

Correo electrónico CONCRETOYENCOFRADOSCARDOZOSAS@GMAIL.COM

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1. 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 ( )

2. 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 NOVEDAD: Vinculación inicial (X) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad diferente ( ) Traslado por Pensión Familiar ( ) Es cotizante móvil, de alto riesgo o tiene derecho a pensión anticipada SI ( ) No ( ) Subsidiado SI ( ) No ( )

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

El afiliado debe contar bajo el régimen especial de pensiones SI ( ) No ( ) ¿Cuál? | Tarifa con la que desea cotizar %

1. AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/cotizante acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encargados de efectuar el tratamiento de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, modificación y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo, en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/cotizante para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de las diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrado por COLPENSIONES. SI (X) No ( )

2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/cotizante acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/cotizante en su documento de identidad y en los eventos que aporte a COLPENSIONES, ante las autoridades competentes pertinentes. SI (X) No ( )

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES. SI (X) No ( )

V. FIRMAS

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

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

DILIGENCIAMIENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

EDWIN YAMPOOL RUBIO BRAVO
CC. 1128544552
Documento firmado electrónicamente

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

"Ven por tu FUTURO"

ADI-GAF-FML-001_V4

cadena

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Fecha	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo
D M A		

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Sanchez Hernandez	Nolberto
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
B/villa manuela	San Jose del Fragua
Teléfono	**No. Celular**
	3236389409
Correo electrónico	**Nacionalidad**
sanchezojos241@gmail.com	Colombiano
Profesión, ocupación u oficio	**(*) Estado civil** / **Años de experiencia laboral**
Maestro de obra	Union libre



DOCUMENTACION

Cedula de ciudadanía: X **Nº** 17.690.263	(**) **Libreta militar Nº**	**Primera clase:**	
Extranjería: **Expedida en:**	**Distrito Nº**	**Segunda clase:**	
Tarjeta profesional Nº	**¿Tiene vehículo?** Si ☐ No X	**Licencia de conducción Nº**	**Categoría**

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☐ No ☐	**¿En qué empresa?**	**Empleado** ☐ **Independiente** ☐	**Tipo de contrato**
¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☐ No ☐	**¿Solicitó empleo antes en esta empresa?** Si ☐ No ☐	**Fecha** D M A	**¿Lo recomienda alguien Nombre de esta empresa?** Si ☐ No ☐ **Dependencia**
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No ☐	**Nombre** / **Dependencia**	**¿Como tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?** Anuncio ☐ Amigo ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?	**¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?**	**¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?** Si ☐ No ☐	
Vivienda casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☐ ¿Alquilada? ☐	**Nombre del arrendador**	**Teléfono**	**¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?**
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☐	**Describalo e indique su valor mensual**	**¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?** $	
¿Por qué conceptos?		**¿Cuánto es su aspiración salarial?** $	
¿Cuál(es) es(son) su(s) principal(es) afición(es)?	**¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)?** Si ☐ No ☐		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Si ☐ No ☐ **¿Cuál(es)?**			
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si ☐ No ☐ **¿Cuál(es)?**			

OBSERVACIONES



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.690.263
SANCHEZ HERNANDEZ

APELLIDOS
NOLBERTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1985
SAN JOSE DEL FRAGUA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

18-JUN-2003 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4400100-00290201-M-0017690263-20110309 0025719743A 1 9061183434

CER_AR_20260143629S0

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

NOLBERTO SANCHEZ HERNANDEZ identificado con CC. 17690263 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombres y/o Razón Social	PORTAL AMBIENTAL R Y A SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 900497693

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/31	**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 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: **CC31012026N17690263A5489647.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3295378355418

Fecha de radicación 31/01/2026

113979.

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:		Regimen
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual	-Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]
	B.Colectivo [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]		

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS: 1

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
SANCHEZ	HERNANDEZ	NOLBERTO	
Tipo de documento de identidad	**Número de documento de identidad**	**Sexo**	**Fecha de nacimiento**
CC	17690263	Femenino [ ] Masculino [X]	09/06/1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
06 - Otros	Ninguna		0,00	

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC
Positiva	COLPENSIONES	$ 1.750.905

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
CL 5 SUR C 51 BRR SUMAWASY		3114935452	portalambiental11@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona Localidad/Comuna		Departamento
SAN JOSÉ DEL FRAGUA	Urbana [ ] Rural [X]		CAQUETÁ

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	ESE RAFAEL TOVAR POVEDA SEDE SAN JOSE DEL FRAGUA - Carrera 3 No. 5-38	806

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
PORTAL AMBIENTAL R&A S.A.S	NIT 900497693	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 5 SUR C 51 BRR SUMAWASY		portalambiental11@gmail.com	SAN JOSÉ DEL FRAGUA	CAQUETÁ

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte de trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3295378355418

Fecha de radicación 31/01/2026

Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
31/01/2026			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
[X]	56. Anexo copia de documento de identidad									
	Cantidad:				2					Total 2

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:SANDRA MILENA SANCHEZ CHACON, Asesor:Gloria Arboleda, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:gloriaarboleda@asmetsalud.org.co
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:
Url: https://boxaludrc.asmetsalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

Colpensiones

18261

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **17690263,** *está registrado/a* en el 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 31 de enero de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

113982

Cofrem

FORMATO "AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1

Versión: 19

Dependencia Generadora: **División de Subsidios**

Código: **PD-170-01-F01**

F. Vigencia: **2025-04-26**

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador 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	31	01	2026	Afiliación primera vez	X	Adición personas a cargo		Reafiliacion		Veteranos (Ley 1979/2019)	

Nombre de Empleador: PORTAL AMBIENTAL R&A S.A.S — X NIT | CC | CE — No: NIT - 900497693

Dirección Principal Empleador: CL 5 SUR C 51 BRR SUMAWASY — Celular: 3114935452

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: SANCHEZ	Segundo Apellido: HERNANDEZ	Nombres: NOLBERTO	X CC	TI	CE	PEP	PPT	No: CC - 17690263

Fecha de Nacimiento	09	06	1985	Fecha de Expedición Documento	18	06	2003	Sexo	M X	F	NB	Celular: 3114935452

Cargo: AYUDANTE DE OBRA — Salario Básico Mensual: $ 1.750.905 — Fijo | Variable | Tipo de Contrato | F

Fecha de Ingreso: 31 | 01 | 2026 — Correo Electrónico: Portalambiental11@gmail.com

Dirección Residencia: CL 5 SUR C 51 BRR SUMAWASY — Barrio/Vereda: — Ciudad/Municipio: — Rural | Urbano — País: COLOMBIA

Resguardo: — Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CL 5 SUR C 51 BRR SUMAWASY — Barrio/Vereda: — Ciudad/Municipio: URIBE - META — Rural | Urbano — País: COLOMBIA

Profesión: — Empleador Anterior: — Fecha de Retiro

SEÑALE CON UNA X

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

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 Disponi 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 disponit X
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

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

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRES

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 del reportar 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 los siguientes finalidades.

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

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

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

1139983

PORTAL AMBIENTAL R&A S.A.S

NIT: 900497693-1

ACTA DE ENTREGA DE DOTACION

FORMATO DE ENTREGA DE DOTACION DE UNIFORMES Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL			
DATOS DEL TRABAJADOR A QUIEN SE LE ENTREGA EL ELEMENTO			
NOMBRE Y APELLIDO: Nolberto Sanchez Hernandez			**CC:** 17.690263
CARGO: AYUDANTE DE OBRA		**CIUDAD :** LA URIBE - META	
ELEMENTOS DE DOTACION PERSONAL Y DOTACION ENTREGADA			
FECHA	**DESCRIPCION ELEMENTOS**	**CANTIDAD**	**FIRMA**
2. Febrero. 2026.	PANTALONES	2	Nolberto Sanchez
	CAMISAS	2	
	BOTAS NEGRAS	1	
	GUANTES	2	
	GAFAS LENTES CLARO	1	
	TAPA OIDOS	1	
DATOS DEL RESPONSABLES DE LA ENTREGA DE DOTACION			
NOMBRE:	RODRIGO BERRIO PARRA	**CEDULA:**	12192261
CARGO:	**REPRESENTANTE LEGAL**	**FIRMA:**	
COMPROMISOS			
Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laborar los equipos de proteccion personal, incluyendo la ropa de trabajo, recibirlos y mantenerlos en buen estado, declaro que he recibido la dotacion completa.			
FIRMA DE QUIEN RECIBE Y LEE EL COMPROMISO : Nolberto Sanchez			

Correo: portalambiental11@gmail.com
Cel: 3114935452

R&A	PORTAL AMBIENTAL R Y A SAS NIT 900497693	CODIGO FOR-SST-03
	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	FECHA
	FORMATO DE EVALUACION PARA INDUCCION, REINDUCCION Y CAPACITACION	VERSION 01

FECHA: 2/Febrero/2026

NOMBRE: Nolberto Sanchez ROL: Portal Ambiental

AREA: Uribe Meta Ayudante de obra

CUESTIONARIO PREGUNTAS DE CAPACITACION:

PREGUNTA 1: CUAL ES LA ARL A LA CUAL FUE AFILIADO: Positiva

PREGUNTA 2: QUE ES PARA USTED UN ACCIDENTE DE TRABAJO Y QUE DEBE HACER

Es una caida, una Fractura, una cortadura, avisar al jefe.

PREGUNTA 3: CUALES SON LOS PELIGROS A LOS QUE VAN HA ESTAR EXPUESTOS

a un accidente de transito y moderdura de culebra.

PREGUNTA 4: CUALES SON LOS COMITES CONFORMADOS EN LA EMPRESA

Comite COPATS
comite cocola

PREGUNTA 5: MENCIONE LAS POLITICAS DE LA EMPRESA

Politicas alcohol
Politicas Ambiental

OBSERVACIONES

FIRMA DEL TRABAJADOR: Nolberto sanchez

CÉDULA DEL TRABAJADOR: 17.690263.

FIRMA DEL EVALUADOR:

H.S&E

Nit. 900.758.801-1

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Celular: 311 8446438
hsesaludocupacional1@gmail.com - Granada - Meta

SALUD OCUPACIONAL EPIDEMIOLOGIA AMBIENTAL

De Acuerdo a la resolucion 2346 de 2007, se certifica por parte del trabajador, que todos los datos consignados en la historia ocupacional y medico, son verdaderos. Se autoriza informar a la empresa, las conclusiones generales del estado de salud de la población examinada, información que será consignada en el diagnostico de salud de la empresa a la cual pertenecera, y se utilizara para el cumplimiento de los subprogramas (Art. 18) de medicina preventiva y del trabajo según. Art. 13 de la resolución 1016 de 1989, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	No. Identificación
Sanchez	Hernandez	Nolberto	17690263

Edad	Cargo		Día	Mes	Año
40	Ayudante OC	Portal Ambiental R&A SAS	06	02	2016

Tipo de examen: Ingreso: [X] Periódico: [ ] Cambio de Labor [ ] Retiro: [ ] Reingreso [ ] Otro: _____

EXÁMENES PARACLINICOS REALIZADOS

Optometria	X
Visiometria	X
Audiometria	X
Espirometria	
EKG	
Rx Columna	
EMG	

Fosfatasa	
Hemoclasificacion	
C. Hematico - Paquetas	X
Glicemia	
F de Orina	
Coprologico	
KOH uñas	

Frotis / Cultivo garganta	
SGPT	
SGOT	
Bacteroscopia	
Creatinina	
Coprocultivo	
Serologia	

Colesterol	X
Triglicerios	X
HDL	X
LDL	X
Alcaptest	
Psicoactivos	
Otros	

Anexo Trabajo en alturas	X
Espacios confinados	
Tensiones tunel del Carpo	
Osteomuscular	X
Actividades Alto Riesgo	
Dermatologico	
Psicosensometrico	

CONCEPTO

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN MEDICO DE RETIRO	
X	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo		Satisfactorio		Satisfactorio
	Presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral		Signos y Síntomas de Enfermedad general que deben ser valorados por su EPS		Con limitación de origen comun que deben ser valorados por su EPS
	Presenta condiciones de salud que puede comprometer su productividad		Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Secuela de Accidente de Trabajo
	Presenta condiciones de salud deben ser tratadas antes de ingresar		Secuela de accidente de trabajo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS
	No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por su EPS		Valoración medica laboral para reubicación y calificación

	SI	NO		SI	NO
Idóneo para manipular alimentos		X	Requiere nueva valoración medica ocupacional		X
Idóneo para trabajar en alturas	X		Debe ser reubicado		X
Idóneo para trabajar en espacios confinados		X	Requiere manejo por rehabilitación		X
Requiere nueva valoración medica laboral		X			

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGUN IMC	
Dieta	
Dieta y Ejercicio regular	
Dieta Ejercicio Regular	X
Valoracion por nutricion EPS	
Descartar Alteracion Metabólica	
Dieta, Ejercicio y medicamento	
Otro	

MANEJO POR EPS/ARP	
Control Periodico PP por EPS	
Se prescribe Tratamiento	
Remision a EPS para Manejo	
Comunicar Concepto Medico	
Remision para Control Medico	
Remision ARP para manejo del caso	
Otro	

RECOMENDACIONES	
Control Periodico Ocupacional	X
Higiene Postural	X
Utilizacion de EPP	X
Utilizacion de Ayudas Ergonómicas	X
Medidas ancestrales y vericas	
Evaluación Puesto de Trabajo	
Otro	

SVE (INCLUIR EN)	
Visual	X
Auditivo	X
Respiratorio	X
Ergonómico	X
Cardiovascular	
Psicosocial	
Quimico	
Biológico	

Dr. Juval Niño F
Geriatria
Salud Ocupacional
Epidemiologia
RM 14785 - 88 LSO - 000

Firma Medico Evaluador
Sello

Nolberto Sanchez
Firma del Trabajador
C.C. 17 690 263

1329855

CERTIFICADO MEDICO DE VALORACION OSTEOMUSCULAR

Resolución. 2346 de 2007 / Resolución. 1995 de 1990

Calle 15 nº 15-81/ Tel: 650 13 13- Cel: 313 875 66 68

GRANADA-META-COLOMBIA

HS&E

113996

Sanchez	Hernandez	Nolberto	17690263
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	No. Identificacion

40	Ayudante O.C	Portal Ambiental R&A	06	02	2026
Edad	Cargo	Empresa	Dia	Mes	Año

Tipo de Examen: Ingreso [X] Periodico [ ] Cambio de labor [ ] Retiro [ ] Reingreso [ ] Otro _____

VALORACION OSTEOMUSCULAR

CABEZA Y CUELLO	NORMAL	ANORMAL
FLEXCION	✓	
EXTENCION	✓	
INCLINACION LATERAL	✓	
ROTACION	✓	

MANOS Y MUÑECAS	NORMAL	ANORMAL
FLEXCION	✓	
EXTENCION	✓	
DESVIACION CUBITAL	✓	
DESVIACION RADIAL	✓	
PBA TINEL	✓	
PBA PHALEN	✓	

CODOS	NORMAL	ANORMAL
FLEXCION	✓	
EXTENCION	✓	
PRONACION	✓	
SUPINAION	✓	
MBA MILLS	✓	
PBA COZEN	✓	
EPICONDILITIS	✓	
EPITROCLEITIS	✓	

RODILLAS	NORMAL	ANORMAL
FLEXCION	✓	
EXTENCION	✓	
MBA CAJON	✓	
PBA MCMURAY	✓	
PBA APLEY	✓	
SIGNO STEINMAN	✓	

HOMBRO	NORMAL	ANORMAL
FLEXCION	✓	
EXTENCION	✓	
PALM UP TEST	✓	
IMPINGEMENT	✓	
ABDUCCION	✓	
ADDUCCION	✓	
PBA APLEY	✓	
PBA GERBER	✓	
MBA PATTE	✓	
TEST JOBE	✓	

COLUBNA DORSOLUMBAR	NORMAL	ANORMAL
FLEXCION	✓	
EXTENCION	✓	
ROTACION	✓	
INCLINACION	✓	
MBA BRAGARD	✓	
MBA NERI	✓	
PBA SCHOBER	✓	
MBA GOLDTHWAIT	✓	
LASSEGE	✓	
PBA THOMAS	✓	
PBA ADAMS	✓	
PBA TRENDELENBLING	✓	

TOBILLO	NORMAL	ANORMAL
FLEXCION	✓	
EXTENCION	✓	
EVERSION	✓	
INVERSION	✓	
ROTACION	✓	

APTO	X	NO APTO		APLASADO	

OBSERVACIONES: ninguna

Dr. Juval Niño F
Geriatria
Salud Ocupacional
Epidemiologia
RM 4785-88 LSO

FIRMA MEDICO EVALUADOR

SELLO

Nolberto Sanchez

FIRMA DEL TRABAJADOR

CONCEPTO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

Resolución. 2346 de 2007 / Resolución. 1995 de 1990
Calle 15 nº 15-81/ Tel: 650 13 13- Cel:313 875 66 68
GRANADA-META-COLOMBIA

HS&E

Sanchez	Hernandez	Norberto	17690263
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	No. Identificacion

40	Ayudante O C	Portal Ambiental	06	02	2026
Edad	Cargo	Empresa R&A	Dia	Mes	Año

Tipo de Examen: Ingreso [X] Periodico [ ] Cambio de labor [ ] Retiro [ ] Reingreso [ ] Otro _____

ANTECEDENTES VESTIBULO-CEREBELOSOS Y METABOLICOS					
PATOLOGIA	NO	SI	PATOLOGIA	NO	SI
HIPERTENCION	/		CONVULCIONES/EPILEPSIA	/	
HIPOTENCION	/		TRASTORNOS MENTALES	/	
SINDROME ORTOSTATICO	/		FOBIAS	/	
CARDIOPATIAS	/		ENFERMEDADES CEREBRALES	/	
DIABETES	/		ENFERMEDADES CEREBELOSAS	/	
HIPOGLICEMIA	/		SINDROME CERVICAL	/	
VERTIGO/MAREO	/		ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES	/	
DISLIPIDEMIA	/		ALTERACIONES EQUILIBRIO	/	
ENFERMEDAD MENIERE	/		ASMA	/	
SORDERA/TINNITUS	/		ALCOHOLISMO		
DESCRIPCION:					

PRUEBAS Y MANIOBRAS VESTIBULO-CEREBELOSAS					
PRUEBA	NEGATIVA	POSITIVA	PRUEBA	NEGATIVA	POSITIVA
ROMBERG	/		MANIOBRA BARRET	/	
BARANY	/		MANIOBRA MINGAZZINI	/	
BABINSKY-WEIL	/		DIADOCOCINECIA	/	
UNTEMBERGER	/		PRUEBA DEDO-NARIS	/	
DIX-HALLPIKE	/		NISTAGMO		
DESCRIPCION:					

EXAMENES DE LABORATORIOS		
LABORATORIO/EXAMEN	NORMAL	ANORMAL
GLICEMIA	X	
COLESTEROL	X	
TRIGLICERIDOS	X	
AUDIOMETRIA	X	
VISIOMETRIA	X	

CONCEPTO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS	
APTO	X
NO APTO	
APLAZADO	

Raval Niño
Geriatria
Salud Ocupacional
Epidemiologia

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

Norberto Sanchez

TRABAJADOR

11984

113988



MIGUEL ANGEL SANABRIA ARAUJO

DATOS PERSONALES

NOMBRE	Miguel Ángel Sanabria Araujo
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.193.570.170 de Santa Rosalía Vichada
FECHA DE NACIMIENTO	23 de enero de 2002
LUGAR DE NACIMIENTO	Santa Rosalía Vichada
ESTADO CIVIL	Soltero
DIRECCIÓN	Vereda Flor Amarillo Finca Chaparral
CELULAR	3227754693
E-MAIL	angelmiguelaraujosanabria@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios Primarios: Básica primaria
Institución educativa 20 de julio
Vereda la ladera

Estudios Secundarios: Bachiller Académico
Instituto Politécnico Agroindustrial
Villavicencio 2021

EXPERIENCIA LABORAL

WC CONTRUCCIONES.

CARGO: Ayudante de construcción

JEFE INMEDIATO: Wilson Cárdenas

TELEFONO: 3118103129

TIEMPO LABORADO: 14 junio 2020 hasta febrero 18 de 2021

FUNCIONES REALIZADAS: Cavar y rellenar hoyos zanjas y cunetas usando herramientas manuales, extender capas de grava y otros materiales de construcción.

113990

CONSORCIO VIAS DEL LLANO.

CARGO: Controlador vial

JEFE INMEDIATO: Diana Franco

TELEFONO: 3172671913

TIEMPO LABORADO: 09 de octubre de 2021 hasta 25 de agosto 2022

FUNCIONES REALIZADAS: Instalar dispositivos de control de tráfico antes del inicio de la obra y garantizar el cuidado de estos, detener el tránsito, hacer reducir la velocidad del tráfico y/o guiar con seguridad a los conductores a través de un área de trabajo, alertar al tránsito sobre los trabajos que se desarrollan en la vía, avisarle del peligro a sus compañeros de trabajo cuando se presenten conductores que no obedezcan a sus señales e instrucciones, informar a los usuarios por intermedio de las señales de tránsito sobre la manera correcta de circular cuando se estén ejecutando trabajos sobre la vía.

COOTRAVIG C.T.A.

CARGO: Guarda de seguridad

JEFE INMEDIATO: Gerardo Sierra Chisca

TELEFONO: 23111341 - 2403551

TIEMPO LABORADO: 28 de octubre de 2022 hasta enero 27 de 2023

FUNCIONES REALIZADAS: Control de acceso, vigilancia y protección de bienes, evitar actos delictivos, verificación de sistemas de alarma.

11391

REFERENCIAS PERSONALES

Carlos Andres Vega Ortiz
LISTOS S.A.S
Cel: 3214820396

DAGNY DIALI PEREZ SALCEDO
Independiente
Cel: 3138653641

REFERENCIAS FAMILIARES

EDWIN FABIAN ARAUJO GORDILLO
Militar activo
Cel: 3136532438

LUCIA ARAUJO REYES
GUARDA DE SEGURIDAD
Cel: 3144381899

Miguel Ángel Sanabria Araujo
1.193.570.170 de Santa Rosalia Vichada

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.193.570.170
SANABRIA ARAUJO

APELLIDOS
MIGUEL ANGEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-2002
SANTA ROSALIA
(VICHADA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

12-FEB-2020 SANTA ROSALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



P-7250200-01140817-M-1193570170-20200605 00708[illegible] 51017108

113993

La República de Colombia

El
Ministerio de Educación Nacional
y
en su nombre
el

ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO INSTITUTO POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL

Aprobado por la Secretaria de Educación del Meta según Resolución N° 449 de Junio 28 de 2.000

Confiere a:

Miguel Ángel Sanabria Araujo

c.c. 1.193.570.170 De Santa Rosalía

El Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber logrado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según planes y programas vigentes en el P.E.I.

INSTITUTO POLITECNICO AGROINDUSTRIAL RECTORIA SECCION BACHILLERATO

INSTITUTO POLITECNICO AGROINDUSTRIAL SECRETARIA SECCION BACHILLERATO

Serial 09 Folio 460 Libro 02 Acta 238

Expedido en: [illegible] de 2021

1139944

Insignia S.P. LTDA.

Nit: 900 778 131 - 0

Insignia
Academia de Seguridad

Academia de Capacitación en Vigilancia y Seguridad Privada

Nro. ECSP3006-K302867
Nci. 302867

Aprobada por resolución No. 20204440014287 del 19 de Abril de 2020 emitida por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada

Hace Constar que:

MIGUEL ANGEL SANABRIA ARAUJO

Identificado con C.C.: 1.193.570.170

Asistió y Aprobó el Programa Académico de:

REENTRENAMIENTO VIGILANCIA

Con una intensidad académica de 30 horas

Expedido a los 21 días del mes de OCTUBRE de 2023

ACADEMIA INSIGNIA S.P. LTDA. NIT: 900.778.131-0

Director Administrativo

ACADEMIA INSIGNIA S.P. LTDA. NIT: 900.778.131-0

Director Académico

Afiliado a la Red de Apoyo SuperVigilancia

FUERZA AMBIENTAL

Validación diploma sistema renova con el NRO
insigniaspltda@gmail.com
Av. 1 de Mayo # 52 - 18 Interior 17 Piso 4 - Cel: 317 513 0135 - 317 687 9944

113995

Insignia S.P. LTDA.

Nit: 900 778 131 - 0

Academia de Capacitación en Vigilancia y Seguridad Privada

Insignia
Academia de Seguridad

Nro. ECSP3008-K302878
Nci. 302878

Aprobada por resolución No. 20204440014287 del 19 de Abril de 2020 emitida por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada

Hace Constar que:

MIGUEL ANGEL SANABRIA ARAUJO

Identificado con C.C.: **1.193.570.170**

Asistió y Aprobó el Programa Académico de:

FUNDAMENTACION SUPERVISORES

Con una intensidad académica de 100 horas

Expedido a los 21 días del mes de **OCTUBRE** de 2023

ACADEMIA INSIGNIA S.P. LTDA. NIT: 900778131-0

Director Administrativo

ACADEMIA INSIGNIA S.P. LTDA. NIT: 900778131-0

Director Académico

Afiliado a la Red de Apoyo

SuperVigilancia

Validación renova con el NRO

insigniasplitda@gmail.com

Cel: 317 512 0125 - 317 697 0044

113996

Insignia S.P. LTDA.

Nit: 900 778 131 - 0

Academia de Capacitación en Vigilancia
y Seguridad Privada

Insignia
Academia de Seguridad

Nro. ECSP3008-K302861
Nci. 302861

Aprobada por resolución No. 20204440014287 del 19 de Abril de 2020 emitida por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada

Hace Constar que:

MIGUEL ANGEL SANABRIA ARAUJO

Identificado con C.C.: 1.193.570.170

Asistió y Aprobó el Programa Académico de:

FUNDAMENTACION ESCOLTAS

Con una intensidad académica de 100 horas

Expedido a los 21 días del mes de OCTUBRE de 2023

ACADEMIA INSIGNIA S.P. LTDA. NIT: 900.778.131-0

Director Administrativo

ACADEMIA INSIGNIA S.P. LTDA. NIT: 900.778.131-0

Director Académico

Afiliado a la Red de Apoyo SuperVigilancia

FUERZA AMBIENTAL

Validación diploma sistema renova con el NRO
insigniaspltda@gmail.com
Av. 1 de Mayo # 52 - 18 Interior 17 Piso 4 - Cel: 317 513 0135 - 317 687 9944

IFPEL
Instituto de Talento Humano
NIT. 900.957.442-4

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PROSPECTIVA Y ESTRATÉGICA LABORAL
L'' EDUCATION - ESTRATEGIQUE - PROSPECTIVE

LEY 115. CAPITULO 3.
DECRETO 1075 DE 2015 PARTE 6 REGLAMENTACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
TITULO 6. ART. 2.6.6.6

CISEP
Expertos en Formación

CERTIFICA QUE:

Miguel Angel Sanabria Araujo

Con Documento de Identidad No. **1193570170**

Participo y supero los requisitos académicos exigidos en el Seminario Virtual en:

SERVICIO AL CLIENTE EN VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA

Con intensidad horaria de veinte (**20**) horas

NRI. **22830**

15 de Octubre de 2022

DIRECCIÓN GENERAL

CISEP

DIRECCIÓN ACADEMICA

GRATUITO

Direccion sede principal: Diagonal 47A Sur No. 53 - 20 Piso 2 - Tel: (57) 1 8057116/19 - Email: ifpel.sas@gmail.com
Bogota D.C. Colombia

113997

CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMOVILISTICA
LA FACULTAD DE AUTOMOVILISMO

Instituto Para El Trabajo Y El Desarrollo Humano

Resol. 0324 marzo 16 de 2011 Secretaria de Educacion Municipal - Resol. 00326 febrero 13 de 2012 Del Ministerio de Transporte

Licencia en salud Ocupacional Res. 4217 Secretaria de Salud del Meta

HACE CONSTAR QUE

MIGUEL ANGEL SANABRIA ARAUJO

CC 1193570170

Asistió y aprobó el curso básico en:

Auxiliar de Transito

Con una intensidad de 80 Horas

Fecha de certificación 04/10/2021

Cv: B3AFF2

WILMER PERDOMO ROMERO
Director Académico
Res. Min. Transporte N° 28559

Educamos Para la Vida

LA FACULTAD DE AUTOMOVILISMO Cra 32 N° 34-49 B. San Fernando Cel: 312 448 33 41 Tel.: 6848775 -Web.www.lafacultad.com.co

1139198

IFPEL
Formación de Talento Humano
NIT. 900.957.442-4

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PROSPECTIVA Y ESTRATEGICA LABORAL
L'' EDUCATION - ESTRATEGIQUE - PROSPECTIVE

LEY 115 CAPITULO 3.
DECRETO 1075 DE 2015 PARTE 6 REGLAMENTACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
TITULO 6. ART. 2.6.6.8.

CISEP
Expertos en Formación

CERTIFICA QUE:

Miguel Angel Sanabria Araujo

Con Documento de Identidad No. **1193570170**

Participo y supero los requisitos académicos exigidos en el Seminario Virtual en:

PREVENCIÓN DE INCENDIOS Y MANEJO DE EXTINTORES EN S.V.S.P

Con intensidad horaria de veinte (20) horas

NRI. **22843**

15 de Octubre de 2022

DIRECCIÓN GENERAL

DIRECCIÓN ACADEMICA

GRATUITO

Dirección sede principal: Diagonal 47A Sur No. 53 - 20 Piso 2 - Tel: (57) 1 8057116/19 - Email: ifpel.sas@ gmail.com
Bogotá D.C. Colombia

113999

Cooperativa de Trabajo Asociado para la Vigilancia Privada
COOTRAVIG C.T.A.

Personeria Juridica No. 0105 de / 91 DANCOOP Licencia MIN. DEFENSA No. 04844
Licencia Supervigilancia No. 20161400022317
NIT.: 800.154.116-9

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA VIGILANCIA PRIVADA COOTRAVIG C.T.A.

CERTIFICA

Que el señor **SANABRIA ARAUJO MIGUEL ANGEL** identificado con la cédula de ciudadania **119.570.170 de santa Rosalia estuvo** vinculado a COOTRAVIG C.T.A. Desempeñando el cargo de **GUARDA DE SEGURIDAD** en calidad de asociado desde el dia **28 de octubre de 2022** hasta el dia **27 de enero 2023.**

Que en virtud de haber sido asociado de esta cooperativa estuvo regido por estatutos y reglamentos de conformidad con lo establecido en el artículo 59 de la Ley 79 de 1988 y el Decreto 4588 de 2006, y durante su permanencia devengó compensaciones de acuerdo con la cantidad de trabajo aportado.

El motivo del retiro de la cooperativa fue **VOLUNTARIO**.

NOTA: Las certificaciones se generan una sola vez, por favor sacar copias.

Ciudad y fecha de expedición: **Bogotá, 6 de febrero de 2023.**

Atentamente.

Gerardo Sierra Chisca
Dpto. de Personal
COOTRAVIG C.T.A.

NIT. 901.195.295-0

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA

Que el señor **MIGUEL ANGEL SANABRIA ARAUJO** identificado con cedula de ciudadanía número 1.193.570.170, laboró para el consorcio en el proyecto cuyo objeto es **"MEJORAMIENTO DE LA VÍA DESDE EL PUENTE DE LA INTERSECCIÓN DE LA SEPTIMA BRIGADA HASTA EL RIO OCOA EN LA VIA QUE CONDUCE DE VILLAVICENCIO A PUERTO LOPEZ, EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO META SEGUNDA ETAPA".** Ejecutando los contratos que se relacionan a continuación:

- Contrato 124/2021 como CONTROLADOR VIAL desde el 09 de octubre de 2021 hasta el 01 de marzo de 2022.
- Contrato 019/2022 como CONTROLADOR VIAL desde el 02 de marzo de 2022 hasta el 19 de abril de 2022.
- Contrato 025/2022 como CONTROLADOR VIAL desde el 20 de abril de 2022 hasta el 25 de agosto de 2022.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado el nueve (09) dia del mes de septiembre de 2022.

YENNY JOHANA GARAY TORRES
REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO /AREA
Proyectó: Diana Franco	RRHH

Calle 15 N° 40 – 01 Oficina 902 Centro Comercial Primavera Urbana
Teléfono: 3172671913 Email: rrhh@jmsconstructores.com
Villavicencio-Meta

Villavicencio, 05 de octubre de 2022

ASUNTO: CERTIFICADO LABORAL

Que el señor **MIGUEL ANGEL SANABRIA ARAUJO** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.193.570.170. laboro en esta empresa, **WC Construcciones – WILSON ERIBERTO CARDENAS SABOGAL**, desempeñando el cargo de ayunte de construcción en la obra consorcio malocas desde el 14 de julio de 2020 al 18 febrero del 2021, tiempo en cual cumplió con todas sus labores de la mejor forma.

Cordialmente,

WILSON ERIBERTO CARDENAS SABOGAL
C.C. 17.343.650
CEL.: 3118103129

114883

nueva eps

CERTIFICA

El(La) Señor(a) MIGUEL ANGEL SANABRIA ARAUJO identificado(a) con CC 1193570170 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**25/08/2023**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - HOSPITAL SEDE SANTA ROSALIA**
Categoría:	**A**

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

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

H.S.E.Q.

Labor Vital

CENTRO DE ENTRENAMIENTO
CURSO DE ALTURAS
Nit. 900.891.785-1

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

En cumplimiento a las Resoluciones 4272 de 2021 y NTC 6072 de 2014 expedidas por el Ministerio de Trabajo para orientar formación en trabajo en alturas.

HACE CONSTAR:

MIGUEL ANGEL SANABRIA ARAUJO

Identificado con Cedula de Ciudadania No. 1193570170

Asistió y Aprobó la acción de formación:

NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de 32 **horas, los dias** 05 AL 08 **del mes de** OCTUBRE **de** 2024 **en Bogotá D.C.**

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá el dia 08 **del mes** 11 **del año** 2024

Representante legal: Norma Ramirez Páez
CC. 52.326.324
Licencia Salud Ocupacional No. 7545

Ente certificador ICONTEC Cod
CS-CER657171
NTC 6072: 2014
Fecha otorgamiento: 2018/12/14
Fecha Vencimiento: 2024/12/13

Diego Velasquez

ENTRENADOR: DIEGO ALEXANDER VELASQUEZ RODRIGUEZ
Licencia P.S.S.S.T No. 139/21

114004


H.S.E.Q.
Labor Vital
CENTRO DE ENTRENAMIENTO
CURSO DE ALTURAS
Empresa: ICMO SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
NIT: 800078011-9
R.I. CAMILO TORRES NOPE
ARL: AXA COLPATRIA
No. aprobación Mintrabajo:
08SE2019220100000012853
000085570
LA AUTENTICIDAD DEL DOCUMENTO SE PUEDE VERIFICAR EN:
WWW.UNIDADMEDICALABORVITAL.COM
Cra. 103A No. 17A - 44 Fontibón - Bogotá D.C.
PBX: 298 35 37 - 345 84 70

114005

114006

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 23 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1193570170
Nombre	: MIGUEL ANGEL SANABRIA ARAUJO
Empresa/Contratante	: ICMO SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 800078011
Fecha de Afiliación a CCF	: 2024/07/25
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2024/07/25
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a a quien le interese y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 37InvtREH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

MiVacuna

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Miguel Angel
Apellidos: Sanabria Araujo
Documento de identidad: T
Número de documento: 1193.570.170
Fecha de nacimiento: 23 01 2002

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador
	22 04 21		Astrazeneca	777 85	ESE municipal	Janeth Rivera Auxiliar Enfermería C.C. 39.243.507
	12-1 22		AstraZeneca	77403	ese (MPO)	Leidy Pizarro C.C. 1.121.89[illegible] Auxiliar en Enfer[illegible] REG [illegible]
2da	30-09-21		Pfizer	ARC8853	clinica primavera	Uw vacu Cash

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

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Miguel Angel
Apellidos: Sanabria Araujo
Documento de identidad: CC X CE PA CD SC PE PPT DE
Número de documento: 1 1 9 3 5 7 0 1 7 0
Fecha de nacimiento: Día 2 3 Mes 0 1 Año 2 0 0 2.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Fiebre Amarilla	Única	23-01-2018		HOSJOO-320
Triple Viral (Sarampión, Rubeola, Parotiditis) TV	1			
	2			
	3			
	4	02/09/24	233102ZK	HOSJOO-320 Leonca G.
	5			
Td/Tdpa refuerzo	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

+09 411


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.193.570.170
SANABRIA ARAUJO
APELLIDOS
MIGUEL ANGEL
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-2002
SANTA ROSALIA
(VICHADA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
O-
G.S. RH
M
SEXO
12-FEB-2020 SANTA ROSALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9015004 correspondiente a la empresa Icmo Sociedad Por Acciones Simplificada.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
MIGUE ANGEL SANABRIA ARAUJO	C.C.	1,193,570,170	26/07/2024	RIESGO V	6.960	FRENTES DE OBRA

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 23 de febrero de 2026 a las 07:45:15 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANABRIA ARAUJO MIGUEL ANGEL** identificado(a) con **CC** número **1.193.570.170** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de septiembre de 2020 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 23 de febrero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

H.S.E.Q.

Labor Vital

CENTRO DE ENTRENAMIENTO
CURSO DE ALTURAS
Nit. 900.891.785-1

CERTIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

En cumplimiento a las Resoluciones 4272 de 2021 y NTC 6072 Expedidas por el Ministerio de Trabajo para orientar formación en trabajo en alturas.

HACE CONSTAR:

JUAN LUZARDO ALFONSO DAZA

Identificado con Cedula de Ciudadania No. 74325881

Asistió y Aprobó la acción de formación:

NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de 32 horas, los dias 25 al 28 del mes de ABRIL de 2024 en Bogotá D.C.

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá el día 28 del mes 04 del año 2024

Rep. Legal: Norma Ramirez Páez
Licencia Salud Ocupacional No. 7545

Ente certificador ICONTEC Cod CS-CER657171

Entrenador: Edgar Rodriguez
Licencia Salud Ocupacional No. 13895

11401


H.S.E.Q.
Labor Vital
CENTRO DE ENTRENAMIENTO
CURSO DE ALTURAS
Empresa: ICMO SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
NIT: 800078011-9
R.I. CAMILO TORRES NOPE
ARL: AXA COLPATRIA
No. aprobación Mintrabajo:
08SE2019220100000012853
000074844
LA AUTENTICIDAD DEL DOCUMENTO SE PUEDE VERIFICAR EN:
WWW.UNIDADMEDICALABORVITAL.COM
Cra. 103A No. 17A - 44 Fontibón - Bogotá D.C.
PBX: 298 35 37 - 345 84 70

114012

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: JUAN LUZARDO ALFONSO DAZA

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 7 4 3 2 5 8 8 1

Fecha de nacimiento / Date of birth: 07/07/1981

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Correo electrónico / e-mail:

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3133290766

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre amarilla	Primera dosis	13	12	2011	Sanofi		Centro de Salud Terminal Terrestre	
COVID JANSSEN	Única	21	7	2021	Janssen	212A21A	CENTRO DE ATENCION URIBE	YOLANDA LEON CERVERA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	7	3	2022	PFIZER	210963	CENTRO DE EXCELENCIA EN REHABILITACIÓN Y MEDICINA DEL TRABAJO	EDISSON DARIO SERRANO ZAMBRANO

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

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

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

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

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

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

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

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

11401

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN LUZARDO ALFONSO DAZA identificado(a) con CC 74325881 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 09 días del mes febrero del 2026.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

114015

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 9 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 74325881
Nombre	: JUAN LUZARDO ALFONSO DAZA
Empresa/Contratante	: ICMO SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 800078011
Fecha de Afiliación a CCF	: 2011/04/11
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2011/04/08
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a a quien le interese y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 2dQFHAcFH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

1406

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:

JUAN LUZARDO ALFONSO DAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.325.881**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 9 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.

11402

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9015004 correspondiente a la empresa Icmo Sociedad Por Acciones Simplificada.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JUAN LUZARDO ALFONSO DAZA	C.C.	74,325,881	01/02/2023	RIESGO V	6.960	FRENTES DE OBRA

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 9 de febrero de 2026 a las 07:27:16 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

minerva

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

SIEMPRE AL DIA!

I. INFORMACION GENERAL



Apellido(s) del aspirante: Alfonso Daza
Nombre(s) del aspirante: Juan Luzardo
Dirección (ciudad - barrio): Cll 70 Sur N° 19-28 Barr Naranjo Bogotá
Teléfono: 3125289912
Correo electrónico:
Nacionalidad: Colombiano
Profesión, ocupación u oficio: Soldador
Estado civil: Union Libre
Años de experiencia laboral: 10

DOCUMENTACION

Cédula de ciudadanía: X N° 74325881 Sta Maria Boyaca
Libreta militar N° 74325881 I
Tarjeta profesional N°:

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si: Ni: X
¿En esta empresa?
¿Trabajó antes en esta empresa? Si: Ni: X
Fecha:
¿La recomendó alguien dentro de esta empresa? Si: X Ni: Quién: Elio Alfonso Arnedo
¿Tiene familiares trabajando en esta empresa? Si: Ni: X Quién(es):
¿Usted tiene conocimiento de la empresa o de la actividad? Amplio: X Poco: Cuál?
¿En qué ciudad o región está dispuesto a trabajar?: Bogotá-Macanal Chocontá-Bogotá
¿En qué cuidades o regiones no está dispuesto a trabajar?
¿Alguna vez ha sido retirado de un trabajo? Si: X No:
Vive en casa: Propia: Arrendada: X
Nombre del arrendador: Mario Murcia Naranjo
Teléfono:
¿Cuánto tiempo lleva viviendo allí? 1 año
¿Tiene vehículo? Si: No: X
¿Cuánto gana en su empleo actual? $ 470.000
¿Por qué motivo se retiró? $ lo asignado
¿Cuáles son sus principales aficiones? deportivas
¿Practica algún deporte? Si: X No: Cuál: Futbol
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos en su desempeño en anteriores empleos? Si: X No: Cuáles? trofeos, medallas
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si: No: X Cuál?

OBJETIVO Mencione brevemente sus aspiraciones como a nivel laboral, intelectual y personal e indique como espera lograrlas. Máximo

formarme como persona y tener una estabilidad laboral y así cumplir con todas las tareas asignadas.

FORMA 7021210018115

2

11 409.

III. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposo(a) o compañero(a)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde labora
Leidy Sarmiento	Mercaderista	Unixa

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
Mercaderista	C 117a N° 25-44	2017653	Bogotá

N° de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco	Edades
2	Esposa e hija	25 - 6 - años

Nombres padres	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Maria Daza	Ama de casa	3137172894
Basilio Alfonso	Albañil	

Nombres hermanos	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Soraida Alfonso	Mercaderista	3132885746
José Alfonso	Montador Estructura	3139118144

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	MES Y AÑO FINALIZACION	No. AÑOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	1995	5	Primaria	Escuela nueva Vistaqual. Manuel	
Bachillerato: Clásico / Técnico / Comercial / Otro	2001	6	Bachiller tecnico	Titulo, tecnico, Agricola Manuel	
Educación Superior: Técnico / Tecnológico / Profesional					
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria		Nombre del programa		Institución

¿Curso estudios actualmente? Si [ ] No [X] — ¿Qué tipo de estudios? — Jornada (diurna, nocturna, sabatina) — Año - semestre que cursa

Nombre de la institución — Horario: Diurno [ ] Nocturno [ ] — Tipo de carrera: A distancia [ ]

OTROS CONOCIMIENTOS Indique el grado de dominio: R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien

Sistemas: Si [X] No [ ] — ¿Programa(s) que maneja?	1. Excel	R [ ]	B [X]	MB [ ]	3.	R [ ]	B [ ]	MB [ ]			
	2. Word	R [ ]	B [X]	MB [ ]	4.	R [ ]	B [ ]	MB [ ]			
Idiomas: Si [X] No [ ] — ¿Qué idioma(s) conoce?		Lectura			Escritura			Habla			
	1. Español	R [ ]	B [ ]	MB [X]		R [ ]	B [ ]	MB [X]		R [ ]	B [ ]	MB [X]
	2. Ingles	R [X]	B [ ]	MB [ ]		R [X]	B [ ]	MB [ ]		R [X]	B [ ]	MB [ ]

Nota: en caso de ser contratado(a) favor presentar todos los documentos

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

Marque con una X la casilla correspondiente a la actividad económica de la empresa donde ha laborado y el área en la que se desempeñó

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONOMICAS (*)				AREA DE LA EMPRESA		
AGRICULTURA	Metalurgia	FINANCIERO		Administración	Ventas	
GANADERIA / AVICULTURA	Siderurgia	INMOBILIARIO		Auxiliar	Gerencia	
MINERIA	Automotriz	INFORMATICO		Bodega	Secretaria	
HIDROCARBUROS	Muebles	SALUD		Compras	OPAS / Call	
INDUSTRIA	Petroquim	EDUCACION		Contabilidad		
Alimentos y Bebidas	OTROS (Cuales?)	SEGUROS		Costos		
Tabaco		TURISMO / RECREACION		Crédito y Cobranzas		
Textiles y Confecciones		OTROS SERVICIOS		Diseño		
Cuero y Calzado	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA	Asesorías Profesionales		Finanzas		
Papel y Cartón	CONSTRUCCION	Servicios Temporales		Gestión Humana		
Editorial y Artes Gráficos	COMERCIO	Seguridad Vigilancia		Mercadeo		
Químicos y Farmacéutico	HOTELES Y RESTAURANTES	OTROS SECTORES		Mercadeo		
Caucho y Plástico	TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO			Producción		
Vidrio, Cerámica y Cemento	COMUNICACIONES			Publicidad		

(*) Revisar Clasificación Industrial Internacional Uniforme para Cámara de Comercio

forma minerva 2

114020

VI. EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de la última o actual empresa: HB Estructuras Metalicas | Dirección: AV CRA 129 N° 17 F-91 | Teléfono: 4150900

Cargo: Montador | Nombre de su jefe inmediato: Orlando | Fecha de ingreso: 05 - 09 - 2009 | Fecha de retiro: 02 - 03 - 2011

Total tiempo servido: 18 meses | Sueldo inicial: $ 875.000 | Sueldo final o actual: $ 875.000 | Cargos desempeñados por orden: Montador – Soldador

Funciones realizadas: Se realizo montaje y soldadura en perfectas condiciones

Logros obtenidos: Se termino la obra con buen desempeño y Seguridad

Tipo de contrato: Indefinido [P] ¿Cuánto tiempo? | Cumplió tiempo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál? | Cumplió con visto de agencia [X]

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

Motivo del retiro: Termino de obra

Verificación: (Opcional, solo para el entrevistador)

Nombre de la empresa: | Dirección: | Teléfono:

Nombre de su jefe inmediato: | Cargo: | Fecha de ingreso: | Fecha de retiro:

Total tiempo servido: | Sueldo inicial: $ | Sueldo final: $ | Cargos desempeñados por orden:

Funciones realizadas:

Logros obtenidos:

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? | Cumplió tiempo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál? | Cumplió con visto de agencia [ ]

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

Motivo del retiro:

Verificación: (Opcional, solo para el entrevistador)

Nombre de la empresa: | Dirección: | Teléfono:

Nombre de su jefe inmediato: | Cargo: | Fecha de ingreso: | Fecha de retiro:

Total tiempo servido: | Sueldo inicial: $ | Sueldo final: $ | Cargos desempeñados por orden:

Funciones realizadas:

Logros obtenidos:

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? | Cumplió tiempo con la empresa [ ] Otro [ ] ¿Cuál? | Cumplió con visto de agencia [ ]

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

Motivo del retiro:

Verificación: (Opcional, solo para el entrevistador)

INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Sabe cuando cotizo (a)? Si [ ] No [ ] | ¿Fondo de pensiones? Si [ ] No [ ] | ¿Fondo de cesantías? Si [ ] No [ ]

¿Cuál? | ¿Cuál? | ¿Cuál?

Fecha aprox: Desde [ ] Hasta [ ] | Fecha de afiliación: | Fecha de afiliación:

Forma minera 2

Si desea diligenciar esta hoja de vida en computador, DESCARGUE esta misma hoja de vida en su computador y diligéncielo antes de imprimirla. Recuerde que solo se recibirán las hojas que estén perfectamente diligenciadas

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Arnulfo Ardila	Soldador	Fontibón	
2.-	Guillermo Riaño	Ebanista	TENZA Boyaca	3107963369

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
3.-	Maria Daza	Ama de casa	Bosa Naranjos	3131177284

Verificación: ¿Cuándo es bueno llamar para el empleado?

1.-

2.-

3.-

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida en línea en myjobs.com.co

Ayuda gratis en el proceso para diligenciar e enviar esta hoja de vida en www.buscoempleoreal.com

Nuestro aliado de hoy es: ALIADOLABORAL www.aliadolaboral.com

Nota importante

Tenga en cuenta que retirarse, no contestar o proporcionar por el resultado de esta entrevista, ligeramente se eliminarán, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones aportadas por mí, en la presente hoja de vida son verídicas. [illegible] Artículo 286 Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000).

Firma del solicitante

CC 74325881

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
	Día	Hora	Apto	No apto	Hora de ingreso
1.-					
2.-					

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO. **B** - Bueno **R** - Regular **MB** - Muy Bien

Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos
Presentación	R	B	MB	R	B	MB	Conocimiento del cargo solicitado	R	B	MB	R	B	MB	
Puntualidad	R	B	MB	R	B	MB	Facilidad de expresión verbal y escrita	R	B	MB	R	B	MB	
Aspecto físico y salud	R	B	MB	R	B	MB	Se ajusta al perfil	R	B	MB	R	B	MB	
Facilidad de aprendizaje	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador:

Segundo entrevistador:

Candidato seleccionado para contratación: SI ☐ NO ☐	Contratado a partir del:	Salario: $	
Contratado después de examenes: SI ☐ NO ☐	Cargo:	Tipo de contrato:	
Referencias verificadas por:	Primer entrevistador:	Segundo entrevistador:	Firma de quien autoriza contratación:

11-4-021

114022

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74325881

ALFONSO DAZA
APELLIDOS

JUAN LUZARDO
NOMBRES

Juan Luzardo Alfonso
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1981
MACANAL
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-AGO-2001 SANTA MARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-0725100-33097321-M-0074325881-20011219 02128 01363A 02 107420422

114023

74325881

PERTENECE A LA RESERVA DE:

2011 2021

APELLIDOS Y NOMBRES

ALFONSO DAZA

JUAN LUZARDO

BASP1 FUSILERO

BACHILLER



74325881

25-ABR-2003

HECTOR A CASEZAS CASTIL

LINCOLN ELECTRIC

LINCOLN SOLDADURAS DE COLOMBIA LTDA.

CERTIFICA

QUE: JUAN LUZARDO ALFONSO DAZA
C.C 74.325.881

ASISTIÓ AL CURSO DE SOLDADURA EN PROCESO SMAW

Presentado por: CENTRO TECNOLOGICO DE SOLDADURA.
Intensidad Académica: 27 Horas
Bogotá D.C., del 02 al 16 de Junio 2010

Ing. Carlos Restrepo
Gerente de Servicio al Cliente
Lincoln Soldaduras de Colombia Ltda.

Ing. Gerardo Cardoso
Instructor de Soldadura
Lincoln Soldaduras de Colombia Ltda.

114024

114025

COLTEMP

SU BANCO DE TALENTOS

NIT 830.059.650-3

CERTIFICAMOS QUE:

ALFONSO DAZA JUAN LUZARDO Identificado con cédula de ciudadanía **No 74.325.881**. Labora en la empresa bajo las siguientes condiciones:

Empresa Usuaria	BBTESTRUCTURAS METALICAS PLANTA
Cargo Desempeñado	MONTADOR
Fecha de Ingreso :	05 - Octubre - 2010
Salario Mensual :	515.000
AFP	COLPENSIONES
EPS :	SALUDCOOP
Tipo de Contrato:	POR OBRA O LABOR PACTADA
Promedio Bono Desempeño:	360.000
Promedio Horas Extras:	185.000

Se expide la presente a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá el 26 Noviembre 2010

Cordialmente,

COLTEMP S.A.

NIT. 830.059.650-3

LUZ DARY VARGAS
Directora de Oficina

11926

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 74325881

ALFONSO DAZA
APELLIDOS

JUAN LUZARDO
NOMBRES

Juan luzardo Alfonso
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1981
MACANAL
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

14-AGO-2001 SANTA MARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-0725100-33097321-M-0074325881-20011219 02128 01353A 02 197420423

11/027

HOLA DE VIDA



EMIGDIO BERNAL ROJAS

CC. 17.260.791 DE PTO. RICO, META
CELULAR: 310 569 81 07
CRA 7 BIS ESTE #104- 59 SUR ALFONLOPÉZ

PERFIL

Me he desempeñado en el campo laboral como soldador 1 - a en diferentes empresas, en las que he trabajado con liderazgo y compromiso en equipo, siempre en la búsqueda de resultados positivos en beneficio de la empresa.

DATOS PERSONALES

FECHA DE NACIMIENTO	17 DE AGOSTO DE 1996
LUGAR D NACIMIUENDO	PTO. RICO – META
ESTADO CIVIOL	SOLTERO
EDAD	55 AÑOS

FORMACION ACADEMICO

SEGUDARIA
INTERNACIDO LA PRIMAVERRA
BACHILLER ACADEMICO
PUERTO RICO, META

ORTOS ESTUDIOS

ESCUELA DE SOLDADEDORES WEST ARCO
SOLDADURA PLATINA BISELADA
BOGOTA D.C 2000

BARICHEN
CURSO AVANZADO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

BOGOTA D.C 2011

EXPERIENCIA LABORAL

ENTREPISOS MODULARES
CARGO DESEMPEÑADO: SOLDADOR
TIEMPO LABORADO: DEL 2002 HASTA EL 2006
CIUDAD: VILLAVICENCION – META

ICMO LTDA
CARGO DESEMPEÑADO: SOLDADOR
TIEMPO LABORA: DEL 2006 HASTA EL 2011
CIUDAD VILLAVICENCIO – META

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE TULIO BERNAL
OCUPACION CONSTRUCTOR
TELETONO 3125428523
PARENTESCO HERMANO

NOMBRES ALBA BERNAL
OCUPACION AMA DE CASA
TELEFONO 3214946894
PARENTESCO HERMANA

1140291

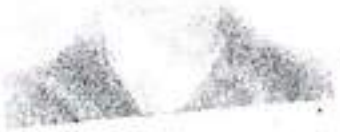
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.280.791
BERNAL ROJAS

APELLIDOS
EMIGDIO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1969
PUERTO LLERAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,59
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

05-OCT-1989 PUERTO RICO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500100-00155891-M-0017280791-20090506 0011344882A 1 1580020867

1140030

INGENIERIA INSPECCION Y CONTROL DE CALIDAD E.U

CALIFICACION DE SOLDADORES Y/O OPERADORES - WPQ -

REPORTE DE CALIFICACION BAJO AWS D 1.5/D1.5M:2002

REVISION: 01 | FECHA: ENERO 8 DE 2009 | Pagina No 1 de 1

Nombre Soldador:	Enrique Bernal	Doc. Identificación:	17.290.791	dc:	Puerto Rico / Meta
WPQ No.	1709-34	ESTAMPE:	00	No. Soldador:	70159
PROCESO DE SOLDADURA:	SMAW	TYPE (Manual, Auto, SemiAuto):	MANUAL		
WPS No:	WPS-PSISGA.2411	REVISION:	00	FECHA:	Octubre 13 de 2009
Metal Base:	ASTM A - 588 Grado A	ESPESOR:			1/2 Pulg
Espesor de la Probeta:	12,7 mm	Rango de Espesor Calificado:			3 mm a 25,4 mm
Diámetro de la tubería:	N.A.	Diámetro Tubería:	N.A.		
Diseño de la junta:	B-U2 (TOPE CON BISEL - 30°)	Respaldo:			Soldadura por las dos caras

	VALORES ACTUALES			RANGO CALIFICADO		
Clasificación AWS:	A 5.5			5.1 - 5.5		
Especificación SFA:	5.5			A 5.1 - 5-5		
Nombre tradicional/ metal aporte:	E-8018C3			E-8018 C1, C2, W		
Diámetro de varilla o electrodo:	1/8"			Hasta 5/32"		
Soldeo / tipo:	MANUAL			MANUAL		
Limite de espesor calificado:	25,4 mm			2 T		
Posiciones a tope:	3G - 4G	Ascendente: Si	Descendente: No	Todas	Ascendente: Si	Descendente: No
Posiciones a filete:	Todas	Ascendente: Si	Descendente: No	Todas	Ascendente: Si	Descendente: No
GAS	N.A.			N.A.		
Gas de trabajo	N.A.			N.A.		
Gas de purga	N.A.			N.A.		
Gas de respaldo:	N.A.			N.A.		
VARIABLES ELECTRICAS	Electrodo 1 - 2			Electrodo 1		
Rango de amperaje:	90 - 160		90 - 160	90 - 160		
Rago de Voltaje:	19 - 28 volts		19 - 28 volts	19 - 28 volts		
Polaridad y corriente:	DC +		DC +	DC +		

Resultados de inspección visual: Presenta buena apariencia sin discontinuidades relevantes, en el pase de raiz, presentacion y sanieado de raiz.

Resultados inspección END Radiografía o Ultrasonido: Se califico por ensayos Ultrasonido R-00272.C65.PSISGA.2411 el cual se adjunta a este documento

Ensayo de doblez guiado

Probeta No.	Tipo y espesor (pulg)	Resultado
-	-	-
-	-	-

Ensayo de Tracción

Probeta No.	Ancho (pulg)	Espesor (pulg)	Area (pulg ^2)	Resistencia tensión	Punto de fluencia	Tipo de falla y localización
N/A						

Ensayo a soldadura de filete

Probeta No.	Macroataque	Resultado
N.A.		

NOTAS

1. Los resultados aqui presentados certifican que el soldador esta en capacidad de soldar en posicion Vertical Ascendente A TOPE (B - U2) 3G - 4G en acero al carbono proceso SMAW (SHIELDED METAL ARC WELDING) . Espesor maximo de platina 25,4 mm
2. Este certificado tiene vigencia por seis meses contando a partir de la fecha en que fue aprobado y se entregara personalmente al interesado y no a terceros para efectuar las firmas y verificaciones pertinentes.
3. Este certificado pierde validez cuando el soldador a dejado de soldar durante un periodo superior a 3 meses.
4. Para la revalidación del certificado son validos los trabajos ejecutados en campo y taller durante la vigencia del contrato actual
6. En caso tal que el soldador efectue un trabajo que este fuera de las tolerancias establecidas por el codigo AWS D 1.5 , esta en potestad de la empresa cancelar o modificar la actual calificacion.
7. Se certifica que los resultados presentados en este documento estan de acuerdo con la preparación, soldadura y pruebas recomendadas en los requerimientos del codigo AWS D 1.5/ D1.5M:2002

Prueba suministrada por:

Ing. José Andrés Sánchez A.
NIVEL II REGISTRO ACS-ICS-136

Aprobado por:

Laboratorio:

Fecha: Noviembre 24 de 2009

Firma del Soldador

11403

ICMO

INDETRO INGENIERÍA

DOC. No: 078 -12
FECHA: MAYO 25 de 2012
WPQ: ICMO-022-12

EXAMEN DE CALIFICACIÓN DE SOLDADOR (WPQ)

NOMBRE: EMIGDIO BERNAL ROJAS	IDENTIFICACIÓN: C.C. 17'280.791	ESTAMPE: E.B.R
EMPRESA: ICMO LTDA		
PROCESO DE SOLDADURA: SMAW	TIPO: MANUAL	

VARIABLES PROCESOS MANUAL Y SEMI AUTOMÁTICO	VALORES ACTUALES	RANGO DE CALIFICACION
RESPALDO	CON RESPALDO	CON RESPALDO
ESPECIFICACION DEL MATERIAL BASE	SA 588	Cualquier acero permitido por el código con un límite de fluencia menor a 950 MPa
ESPESOR	1/2" (12.7 mm)	HASTA 1" (25.4 mm) A TOPE Todo espesor de lamina y tamaño de filete
POSICION DE SOLDADURA	4G	VER NOTA 1
PROCESO METAL DE APORTE 7018 ESPECIFICACION AWS	E7018	Todos los electrodos SMAW permitidos por el código excepto electrodos E100XX-X o superiores
POLARIDAD Y TIPO DE CORRIENTE	DCEP	DCEP

ENSAYOS MECANICOS

ENSAYO DE DOBLEZ GUIADO (ver resultados)	
IDENTIFICACIÓN DE PROBETA	RESULTADO
DOBLEZ DE LADO DL1	Aceptable
DOBLEZ DE LADO DL2	Aceptable

NOTA 1

Limites de posicion:
RANURA: Plana y Sobrecabeza
FILETE: Plana, Horizontal y Sobrecabeza

RESULTADOS		
TIPO DE INSPECCION	CERTIFICADO O INFORME	RESULTADO
VISUAL	PQR-ICMC-002-12	APROBADO
RADIOGRAFIA		APROBADO
DOBLEZ GUIADO		APROBADO
FILETE		APROBADO

APROBADO

NOSOTROS CERTIFICAMOS QUE LO DECLARADO EN ESTE DOCUMENTO ES CORRECTO Y QUE LOS CUPONES FUERON PREPARADOS, SOLDADOS E INSPECCIONADOS DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DEL CODIGO AWS D1.5

	REALIZADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
COMPAÑIA	INDETRO INGENIERIA LTDA	ICMO LTDA	
CARGO	INGENIERO ELED	DIRECTOR DE PROYECTOS	
FIRMA			
NOMBRE	Ing. LUIS FERNANDO MARTINEZ T.	JAIME HERNANDEZ	
FECHA	MAYO 25/2012	MAYO 25/2012	

1140 32

REGISTRO DE CALIFICACIÓN DE SOLDADORES (WPQ)

FECHA DE CALIFICACIÓN: 8 de Octubre de 2008

SOLDADOR	X	OPERARIO DE SOLDADURA		PUNTEADOR	
NOMBRE	EMIGDIO BERNAL ROJAS	CEDULA No.	17,280.791		
WPS N°	ICM 001-07 REV 0	FECHA WPS	15 de Febrero de 2002		

VARIABLES Y RANGOS CALIFICADOS DEL PROCESO

	VALORES REALES USADOS DURANTE LA CALIFICACIÓN	RANGO CALIFICADO
PROCESO	SMAW	SMAW
ELECTRODO (SIMPLE O MULTIPLE)	SIMPLE	SIMPLE
CORRIENTE / POLARIDAD	POSITIVA	POSITIVA
POSICION	4-G	1G - 2G - 3G
PROGRESION DE LA SOLDADURA	SOBRECABEZA	TODAS
RESPALDO	SIN RESPALDO	SIN RESPALDO
ESPECIFICACIÓN DEL MATERIAL		
GRUPO	GRUPO 1 A GRUPO 2	GRUPO 2
METAL BASE	A 588 Gr. A	P1 A P11
ESPESOR DE PLATINA	25 mm	SIN LIMITE
METAL DE APORTE		
ESPECIFICACION AWS	ANSI/AWS SFA 5.5	IGUAL A SFA
CLASE AWS	E 8018-C3	
F - N°	4	1 - 2 - 3 - 4
TIPO DE GAS / FUNDENTE	N.A	N.A
OTROS	N.A	N.A

INSPECCION VISUAL

ACEPTABLE: X NO ACEPTABLE:

RESULTADOS DE LA PRUEBA ULTRASONICA

EQUIPO DE ULTRASONIDO	KRAUTKRAMER		MODELO	USM 35X	
METODO	IMPULSO / ECO		ACOPLANTE	ECOGEL	
LINEALIDAD VERTICAL	+/- 1%		LINEALIDAD HORIZONTAL	+/- 1%	
BLOQUE DE CALIBRACIÓN	DSC		RANGO DE CALIBRACIÓN	0 - 1000 mm	
PALPADORES	FRECUENCIA	ANGULO	ESCALA	100mm/Div	
1 KRAUTKRAMER 01T6B3	2,25 Mhz	70° GRADOS	RECORRIDO DEL SONIDO	3231 m/Seg	
			SENSIBILIDAD DE REF. (dB)	56	
			TRANSFERENCIA (dB)	10	

RESULTADO: SATISFACTORIO

INTERPRETADO POR: ING. DANNY JOHAN GOMEZ MORENO

COMPAÑÍA: ICMO LTDA. **FECHA:** 15 de Octubre de 2008

Nosotros, los abajo firmantes, certificamos que los datos consignados en este registro son correctos y que las pruebas de soldadura fueron preparadas y soldadas de acuerdo con los requerimientos de la sección V del codigo AWS D 1.5

INGENIERO DE CALIDAD

REPRESENTANTE LEGAL

FECHA: 15 de Octubre de 2008

114033

ICMO SAS
INGENIERÍA, CONSTRUCCIONES Y MONTAJES

- 17. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE SAN SALVADOR. MUNICIPIO DE HATO COROZAL / CASANARE.
- 18. MONTAJE DE ESTRUCTURA METÁLICA PARA EL PUENTE SOBRE EL RIO ACACIAS, VÍA SAN CARLOS DE GUAROA - ALTO POMPEYA, META.
- 19. FABRICACIÓN DE ESTRUCTURA METÁLICA PARA EL PUENTE SOBRE EL RIO ACACIAS, VÍA SAN CARLOS DE GUAROA - ALTO POMPEYA, META.
- 20. MONTAJE DE ESTRUCTURA METÁLICA PARA EL PUENTE SOBRE EL RIO ACACIAS, VÍA SAN CARLOS DE GUAROA - ALTO POMPEYA, META.
- 21. MONTAJE DEL PUENTE GALÁPAGOS - MUNICIPIO DE CABUYARO /META.
- 22. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE LORO.
- 23. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE SOBRE EL RIO PÁEZ, PROYECTO HIDROELÉCTRICA EL QUIMBO.
- 24. REPARACIÓN DE LOS PUENTES SAN PEDRO Y ORTEGUAZA, VÍA FLORENCIA MONTAÑITA.
- 25. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE CHAPARRALITO.
- 26. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE GALÁN-MESETAS. (OB-174-10)
- 27. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE GALÁN-MESETAS
- 28. MONTAJE DE LA VIGA METALICA DEL PUENTE TORIBIO.

Cargo que desempeño desde el seis (06) de marzo del año dos mil ocho (2008) hasta el seis (06) de julio del año dos mil veinticinco (2025).

Se expide la presente a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, a los siete (07) día del mes de julio del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

ICMO INGENIERÍA, CONSTRUCCIONES Y MONTAJES
NIT. 800.072.011-9

JULIO JOSE VELASQUEZ PEREZ
Recursos Humanos.
Con Copia: Hoja de Vida

Recibí;

Firma/cc: _____

11403

ICMO SAS
INGENIERÍA, CONSTRUCCIONES Y MONTAJES

- 17. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE SAN SALVADOR. MUNICIPIO DE HATO COROZAL / CASANARE.
- 18. MONTAJE DE ESTRUCTURA METÁLICA PARA EL PUENTE SOBRE EL RIO ACACIAS, VÍA SAN CARLOS DE GUAROA - ALTO POMPEYA, META.
- 19. FABRICACIÓN DE ESTRUCTURA METÁLICA PARA EL PUENTE SOBRE EL RIO ACACIAS, VÍA SAN CARLOS DE GUAROA - ALTO POMPEYA, META.
- 20. MONTAJE DE ESTRUCTURA METÁLICA PARA EL PUENTE SOBRE EL RIO ACACIAS, VÍA SAN CARLOS DE GUAROA - ALTO POMPEYA, META.
- 21. MONTAJE DEL PUENTE GALÁPAGOS - MUNICIPIO DE CABUYARO /META.
- 22. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE LORO.
- 23. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE SOBRE EL RIO PÁEZ, PROYECTO HIDROELÉCTRICA EL QUIMBO.
- 24. REPARACIÓN DE LOS PUENTES SAN PEDRO Y ORTEGUAZA, VÍA FLORENCIA MONTAÑITA.
- 25. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE CHAPARRALITO.
- 26. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE GALÁN-MESETAS. (OB-174-10)
- 27. MONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE GALÁN-MESETAS
- 28. MONTAJE DE LA VIGA METALICA DEL PUENTE TORIBIO.

Cargo que desempeño desde el seis (06) de marzo del año dos mil ocho (2008) hasta el seis (06) de julio del año dos mil veinticinco (2025).

Se expide la presente a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, a los siete (07) día del mes de julio del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

ICMO SAS INGENIERÍA, CONSTRUCCIONES Y MONTAJES NIT 800.078.011-9

JULIO JOSE VELASQUEZ PEREZ
Recursos Humanos.
Con Copia: Hoja de Vida

Recibí;

Firma/cc: _____

114038

compensar salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

15 ENE 2026

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 15-01-26

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

1. Tipo de trámite: 1. Afiliación ✔ 2. Reporte de novedades
2. Tipo de afiliado: 1. Individual 2. Cotizante ✔ 3. Beneficiario o afiliado adicional
4. Tipo de cotizante: 1. Dependiente 2. Independiente 3. Pensionado
5. Régimen: 1. Contributivo ✔ 2. Subsidiado
6. Tipo de beneficiario: 1. Cónyuge ✔ 2. Compañero(a) permanente 3. Padre o madre 4. Hijastro(a) 5. Padrastro o madrastra 6. Hijo(a) biológico o adoptivo 7. Hijo(a) de crianza 8. Hermano(a) huérfano(a) de padre y madre 9. Otro familiar
7. Código de la entidad a la que se traslada: 01

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (No cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres	BERNAL	ROJAS	EMIGDIO
9. Tipo de documento de identidad	CC	10. Número de documento de identidad	17.280.791
11. Sexo biológico: Femenino / Masculino ✔	12. Sexo identificación: F / M ✔ / T / NB / Otro / Cuál?		
13. Nacionalidad	COLOMBIANA	14. Lugar de nacimiento	COLOMBIA / META / PUERTO RICO
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	17-08-1969		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: Sí / No / Categoría de discapacidad	
19. Tiene encuesta SISBEN: Sí / No	20. Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: AXA COLPATRIA
23. Administradora de Pensiones: COLPENSIONES	24. Ingreso base de cotización - IBC: 2.592.000	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia: CARRERA 7 BIS ESTE # 104 - 59 SUR
310 569 8107	danilobernal196@gmail.com	CUNDINAMARCA	
BOGOTA	USME	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural	

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

27. Apellidos y nombres			
28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico: Femenino / Masculino	31. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cuál?
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento		34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

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

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino / Masculino	40. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
01								
02								
03								
04								
05								

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								
04								
05								

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio - Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a reportar por la EPS
01								
02								
03								
04								
05								

	Dirección	Localidad/Barrio	Correo Electrónico
01			
02			
03			
04			
05			

FOR-EPS015-0003 V000

11036

12. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		14. Código de la IPS a reportar por la EPS
81	C	
82		
83		
84		
85		

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

23. Nombre o razón social	CMO SAS	24. Tipo de documento de identificación	NIT	27. Número de documento de identificación	830078011-9
34. Tipo de aportante o cotizante de obligatorio cumplimiento (a reportar por la EPS)		19. Dirección	CARRERA 129 # 17 F - 64		313 688 0200
7459651	info@cmo.com.co	CUNDINAMARCA		BOGOTA	

II. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización del documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
6. Reporte de pago a través de un tercero. Código:
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Inactivación EPS retiro/ cese
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 y Cabeza de familia
17. Reporte del trámite de protección al desempleado
18. Reporte de la validez de Pre-pensionados
19. Reporte de la validez de Pensionados
20. Ingreso a Contribución Solidaria
21. Retiro de Contribución Solidaria

X

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

43. Datos básicos de identificación	BERNAL	ROJAS	EMIGDIO		
Tipo de documento de identidad	CC	44. Número de documento de identidad	17.280.791	45. Sexo biológico	Femenino: Masculino: ✔
46. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	17-08-1969	48. EPS anterior		49. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	15-01-2026
51. Sexo identificado	F: M: ✔ T:	NR: Dem: Cual?			
57. Medio de cotización	Cod:	58. Caja de Compensación Familiar a Reportar de Pensionado			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

66. Declaraciones de veracidad y exactitud de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especiales de Excepción.
71. Declaración de existencia de relaciones de hecho mayor a cinco (5) años que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no información de cotizante, cabeza de familia, beneficiarios y afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley lo soliciten (si requiere).
75. Autorización para que la EPS mantenga datos personales de 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 a través electrónico o de 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 vigencia del Super 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

Emigdio Bernal

80. El Cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

CMO SAS

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Instituciones o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: C E T C N U D X R
Cantidad de documentos de identidad anexos:
83. Copia del diagnóstico 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 declara la unión marital
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que ordene la cesación de efectos y disolución civil, acta de conciliación o sentencia judicial que declara 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 petición de la cabeza familiar, 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 trabajo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
91. Copia del acto administrativo o providencia, de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Total Anexos:

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

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

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

94. Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año): 15-01-26 (14)
97. Fecha de validación (Día - Mes - Año):

OBSERVACIONES:
CARGO: SOLDADOR 1
apoyo FCS

15 ENE 2025
Cód 611 Leidy Johana Bedoya Rincon
SUJETO A VERIFICACION

FOR-EPS-042-001 V002

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

114037

compensar

Bogotá DC. 15 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 15/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 17280791
Nombres y Apellidos	EMIGDIO BERNAL ROJAS
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 800078011
Razón Social Empleador	ICMO SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	15/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	15/1/2026
Cargo	SOLDADOR 1
Horas Labor Mes	220
Sueldo básico	$ 2592000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el
AW80E76vS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

11/038



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.280.791
BERNAL ROJAS

APELLIDOS
EMIGDIO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1969
PUERTO LLERAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

05-OCT-1989 PUERTO RICO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00155891-M-0017280791-20090508 0011344882A 1 1580020967

AXA COLPATRIA

114039

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800078011
Número Afiliación:	9015004
Razón social:	ICMO SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	17280791
Nombre:	EMIGDIO BERNAL ROJAS
Fecha Ingreso:	16/01/2026
Salario básico:	5,451,650
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	1
Centro de trabajo:	4
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	15/01/2026 10:02:31 a. m.

Colpensiones

114020

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EMIGDIO BERNAL ROJAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **17280791**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2021** 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 15 de enero de 2026.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

11404

ONAC
ACREDITADO

GOOD
SOLUTIONS

ISO/IEC17024:2012
21-OCP-032

CERTIFICADO DE OPERADOR DE MONTACARGAS DE TERRENO ASPERO Y TELEHANDLER



Nombres: Elias Fernando
Apellidos: Cortez Bustamante
Cédula: 75059524
Certificado: GOOD-OPTH-0048-25

Fecha de Exp: 2025-04-12
Fecha de Ven: 2026-04-11

Alcance:
Operador de Montacargas de Terreno Aspero y Telehandler con Balde
Capacidad: 4 T

El operador cumplió con los requisitos establecidos en el Esquema Operador de Montacargas toda Terreno y Telehandler, bajo la norma ANSI / ITSDF B56.6 - 2021. Safety Standard for Rough Terrain Forklift Trucks en los numerales y requisitos definidos en el documento codigo ESQ-CE-005 version: 3 Fecha: 1-03-2024 obteniendo como resultado este certificado

El poseedor de este documento cumplió con los requisitos teóricos y prácticos establecidos por GOOD SOLUTIONS SAS. El uso del presente certificado es personal e intransferible.

Este certificado de competencia no exonera ni absuelve al personal por infringir las disposiciones legales y reglamentarias de seguridad vigentes en el desarrollo de su trabajo.

GOOD
SOLUTIONS

FIRMA AUTORIZADA

Para verificar la autenticidad de este documento, favor ingresar a **www.goodsolutions.com.co** con su numero de identificación o comunicarse a los

Celular: 3116302886
Tel. 6019477117
E- mail. goodsolutionsas@gmail.com

114092

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

CENTRO DE ENTRENAMIENTO HACE CONSTAR QUE:

ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE

Identificado con Cédula de ciudadanía
Nº 75059524

Registrado por la empresa ICMO SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA, con NIT 800078011-9, dicha afiliada a la ARL AXA COLPATRIA, empresa representada por CAMILO TORRES NOPE

Cursó y aprobó la acción de formación en

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

Con una intensidad de 8 horas

Realizado del (31) del mes de diciembre de 2024 al (31) del mes de diciembre de 2024 en la ciudad de Bogotá.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (31) del mes de diciembre de 2024

Franklin Junior Varela Manotas
C.C 1.045.715.684
Entrenador
Licencia en SO N° 6119

Yeritza Zulien Romero Ávila
C.C. 1030646887
Representante Legal
JRD CONSULTORES SAS

JRD-RD19283

De conformidad con la AUTORIZACIÓN N° 08SE2019220000000041782 del 09 de Octubre de 2019 emitida por el ministerio de trabajo, con certificación de calidad # 30.359 emitida por CELAC con acreditación de la ONAC 18-CPR-002, licencia en salud ocupacional LIC. SST N° 5409 DE 31/05/2019 que autoriza a la empresa JRD CONSULTORES SAS ubicada en Bogotá D.C en Av. Boyacá 73 A - 90, con NIT 900975732-1. Para la capacitación y entrenamiento para trabajo en alturas en cumplimiento a la resolución 4272 de 2021.

VERIFICACIÓN
3046191742-8050587
WWW.JRDCONSULTORES.COM

11043

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name
ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE

Tipo de identificación / ID Type
CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number
7 5 0 5 9 5 2 4

Fecha de nacimiento / Date of birth
11/06/1971

País nacimiento / Country of birth
COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number
NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
COVID SINOVAC	Primera	13	6	2021	Sinovac	C202104055	DABEIBA ESE H. Ntra Sra del Perpetuo Socorro	REGINO ANTONIO MANCO DAVID
COVID SINOVAC	Segunda	14	7	2021	Sinovac	202105361K	SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES SAS - OPTISALUD	SANDRA YADIRA RAMIREZ BALAGUERA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	29	4	2022	PFIZER	ACC5953	CENTRO DE ATENCION MESETAS	MARTHA CASTRO GUAYARA
Fiebre Amarilla	Única	5	12	2024	Fabricante	23F9031	AMBALEMA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	KAREN VARGAS

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

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

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

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

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

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

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

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

11404

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 11 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 75059524
Nombre	: ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE
Empresa/Contratante	: ICMO SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 800078011
Fecha de Afiliación a CCF	: 2015/10/21
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2015/10/21
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a a quien le interese y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código AS3PXSI2H

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

Colpensiones

114045

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **75059524,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2023** 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 11 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.

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE identificado(a) con CC 75059524 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	30/11/2020
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO - DABEIBA ANTIOQUIA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 11 días del mes de febrero del año 2026.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

114042

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9015004 correspondiente a la empresa Icmo Sociedad Por Acciones Simplificada.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE	C.C.	75,059,524	01/02/2023	RIESGO V	6.960	FRENTES DE OBRA

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 11 de febrero de 2026 a las 01:18:18 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

1140418

ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE



Dirección
Cra 68I N° 43C-51 Sur
Barrio: San Andrés
Bogotá (Cundinamarca)

Teléfonos
(1) 270 62 97
313 331 7957

DATOS PERSONALES

Lugar y fecha de Nacimiento	*La Merced (Caldas)* *Junio 11 de 1971*
Cédula de Ciudadanía	*75.059.524 de La Merced (Caldas)*
Profesión	*Operador de Grúa y Montador de Estructuras Metálicas*
Estado Civil	*Soltero*
Nacionalidad	*Colombiano.*

FORMACION

Secundaria	*Colegio La Feliza* *Bachiller Académico (SéptimoGrado)*
Cursos	*Operador de Grúa* *IZATEC E.U. Ing. Mario Bulla* *2015*

REFERENCIAS FAMILIARES

NORBY STELA CORTES	/	*ROCIO CORTEZ CIFUENTES*
Cel: 310 314 6506	/	*Cel: (4) 217 5236*

REFERENCIAS PERSONALES

HERY PRECIADO	/	*GIOVANNY QUIROZ D.*
Gerente	/	*Capataz y/o Jefe de Obra*
Montajes Preciados y Duarte Ltda.	/	*Icmo Ltda.*
Cel.: 320 837 6807	/	*Cel.: 310 238 1562*

EXPERIENCIA LABORAL

Empresa:	***ICMO LTDA Ingeniería Construcciones y Montaje Ltda.***
Cargo desempeñado:	*Operador de Grúa*
Período:	*23 septiembre2012 – 16 agosto 2015*
Jefe Inmediato:	*Ing. Camilo Torres Nope*
Teléfono:	*(1) 749 9851*
Ciudad:	*Bogotá (Cundinamarca)*

Empresa:	***SICIM COLOMBIA***
Cargo desempeñado:	*Operador de Grúa*
Período:	*11 Nov. 2011 - 22 septiembre 2012*
Jefe Inmediato:	*Sergio García p*
Ciudad:	*Carrera 11 n°85-53 Bogotá*

1140822

Empresa:	***ISMOCOL DE COLOMBIA S.A. Ingeniería, Servicios, Montajes y Construcciones de Oleoductos de Colombia S.A.***
Cargo desempeñado:	*Operador de Grúa*
Periodo:	*Mayo 14 hasta Sept. 19 de 2011*
Jefe Inmediato:	*Ing. Orlando Amorocho Figuereo*
Teléfono:	*(7) 638 7966 – 321 469 8556*
Ciudad:	*Aguazul (Casanare)*
Empresa:	***ICMO LTDA Ingeniería Construcciones y Montaje Ltda.***
Cargo desempeñado:	*Operador de Grúa*
Periodo:	*Abril 9 de 2010 hasta Mayo 9 de 2011*
Jefe Inmediato:	*Ing. Camilo Torres Nope*
Teléfono:	*(1) 418 0056 – 549 2455*
Ciudad:	*Bogotá (Cundinamarca)*
Empresa:	***ICMO LTDA Ingeniería Construcciones y Montaje Ltda.***
Cargo desempeñado:	*Aparejador de Grúa*
Periodo:	*Abril 7 de 2008 hasta Abril 9 de 2010*
Jefe Inmediato:	*Ing. Camilo Torres Nope*
Teléfono:	*(1) 418 0056 – 549 2455*
Ciudad:	*Bogotá (Cundinamarca)*
Empresa:	***ICMO LTDA Ingeniería Construcciones y Montaje Ltda.***
Cargo desempeñado:	*Montador de estructuras metálicas. De puentes vehiculares en arco, celosía y alma llena, cerchas, hangares etc.*
Periodo:	*Marzo 01 de 1994 hasta Abril 7 de 2008*
Jefe Inmediato:	*Ing. Camilo Torres*
Teléfono:	*(1) 418 0056 – 549 2455*
Ciudad:	*Bogotá (Cundinamarca)*

11405-1

Empresa:	***CONCREACERO LTDA***
Cargo desempeñado:	*Montador de estructuras metálicas. De puentes vehiculares en arco, celosía y alma llena, cerchas, hangares etc.*
Periodo:	*Febrero de 1992 hasta Febrero de 1994*
Jefe Inmediato:	*Ing. Fernando Torres*
Teléfono:	*(1) 415 3670 – 547 2521*
Ciudad:	*Bogotá (Cundinamarca)*

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción.
Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1°) Régimen Laboral Colombiano.

ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE
C.C. 75.059.524 DE LA MERCED (CALDAS)

11452

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 75.059.524

CORTEZ BUSTAMANTE
APELLIDOS

ELIAS FERNANDO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1971

LA MERCED
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-SEP-1989 LA MERCED
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0912400-00153275 M 0075059524 20090319 00104 69054A 1 3665965

11403

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 75059524

NOMBRE

ELIAS F. CORTEZ BUSTAMANTE

FECHA DE NACIMIENTO
11-06-1971

GRUPO SANGUÍNEO
A+

FECHA DE EXPEDICIÓN
29-10-2013

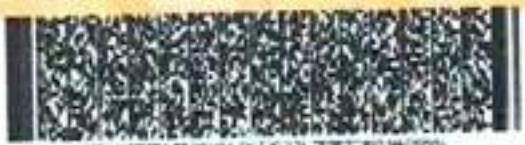
RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTO/TTE MCPAL YOPAL



CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	29-10-2023	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	29-10-2018	PUBLICO





ESTA LICENCIA PUEDE SER VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02001655278

114084

GAMO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Manejo Defensivo

Resolución 0522 de 2012 Secretaría de Educación

Vehículo Tipo Pesado

Carnet Nº 3770

Nombres:	**Elias Fernando**
Apellidos:	**Cortes Bustamante**
Nº Cédula:	**75.059.524**
Grupo Sanguíneo:	**A Positivo**
Categoría licencia:	**C2**
Vencimiento Carné:	**10 de Septiembre de 2016**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Neumococo	UNICA			
Barrera Rubeola	UNICA			
Contra Hepatitis A	1			
	2			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Cruz Roja Colombiana

3466

CARNET DE VACUNACIÓN DE ADULTO

Seccional Casanare

Carrera 18 No. 15 - 18 Yopal Teléfono: (0**8) 6357132 Fax: (0**8) 6354858

casanare@cruzrojacolombiana.org

Fecha:

Nombre Completo: Elias Fernando

Apellidos Completos: Cortez Bustamante

Identificación: 7505952a

FN: 11 06 7x Edad:

Dirección de Residencia:

Barrio:

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Varicela	UNICA			
Contra Influenza	1			
Tifoidea	2			
	3			
Fiebre Amarilla	1	09 11 09		
	2	01 10 12		
	3	22 11 12		
	4			
	5			
Otros		09 05 11		

11405-8

STC SAFETY TRAINING CONSULTANTS
PROFESIONAL QUALITY & INNOVATION

CERTIFICACIÓN DE OPERACION DE EQUIPO IZAJE DE CARGA



ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE
C.C. N°75.059.524

CÓDIGO: 077IC0315
GS-RH: O+
EQUIPO: GRÚA MÓVIL TELESCOPICA SOBRE CAMION CAP. MAX. 85 TON.

29/03/2015 **FECHA EXP.**
30/03/2016 **FECHA VEN.**

STC SAFETY TRAINING CONSULTANTS
PROFESIONAL QUALITY & INNOVATION

CERTIFICACIÓN

COD. 077IC0315

Es otorgado a

ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de:

OPERACIÓN SEGURA EQUIPO DE IZAJE DE CARGA

"GRUA MOVIL TELESCOPICA SOBRE CAMION CAP. MAX. 85 TON. "
Según Estándar ANSI/ASME B30.5

Número de horas de Entrenamiento Teórico Práctico: 16 horas
Realizado, los días del 29 al 30 de Marzo de 2015 en Yopal - Casanare.

Esta certificación vence el 30 de Marzo de 2016

CARLOS HUMBERTO BOBADILLA E

INSPECTOR DE RIGGING Y GRUAS CERTIFICADO POR LA NACCB DE USA ID #: 11302A-13-003

STC SAFETY TRAINING CONSULTANTS S.A.S. es una empresa cuyo objetivo es el de proveer servicios de Seguridad, Salud y Protección Ambiental para negocios e industrias.
Email:informacion@safetystc.com - Tel: 6403080 Ext. 1 Cel 310 744 1171 - Página Web: www.safetystc.com

ICMO SAS
INGENIERÍA, CONSTRUCCIONES Y MONTAJES

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Certificamos que el señor, ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE identificado con cédula de ciudadanía Nº 75.059.524 de La Merced (Caldas). se desempeña como **OPERADOR DE WINCHE Y TELEHANDLER** en nuestra compañía y en las siguientes obras:

- 1. DESMONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE PASO DEL COLEGIO, MUNICIPIO DE GIGANTE / HUILA.
- 2. DESMONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE COLGANTE LAS DELICIAS SOBRE EL RIO CABRERA / MUNICIPIO LA ALPUJARRA / TOLIMA Y BARAYA / HUILA.
- 3. DESMONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE QUEBRADA BLANCA / MUNICIPIO OTANCHE / BOYACÁ, VÍA PUERTO BOYACÁ.
- 4. DESMONTAJE DE LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL PUENTE PEATONAL SOBRE CRA 47 CON CALLE 100.

Cargo que desempeño desde el veintidós (22) de octubre del año dos mil diecisiete (2017) hasta la actualidad.

La presente certificación se expide por solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, al primer (01) días del mes de abril del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

ICMO SAS NIT 800.078.011-9

JULIO JOSE VELASQUEZ PEREZ
Recursos Humanos

Con copia: Hoja de Vida

Carrera 129 No. 17 F - 64 Tel. 5492455 / 4180056 E-mail: info@icmo.com.co – j.velasquez@icmo.com.co
Bogotá D.C. – Colombia

114052

SICIM colombia
Sucursal de SICIM S.p.A.
Carrera 11 No. 85-32 Piso 7
Bogotá D.C. – Colombia
NIT 900412461-5

SICIM COLOMBIA
(Sucursal de SICIM S.p.A.) **40126**

Para dar cumplimiento a la Obligación 7ª del artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo.

C E R T I F I C A:

Que el señor(a) **ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE** identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 5.059.524 de LA MERCED , laboro en nuestra compañía desde el 17 de Mayo de 2012, hasta el 22 de septiembre de 2012, desempeñando el cargo de **OPERADOR DE GRUA** , para la Ejecución del Contrato, **OLEODUCTO BICENTENARIO DE COLOMBIA S.A.S. CONTRATO DE CONSTRUCCION PB-CT-016.**

Igualmente informamos que durante su vinculación a esta Empresa y por instruccion directa del trabajador se afiliada a la salud EPS – CAFESALUD y en Pensión a la AFP - HORIZONTE.

Se expide en Tame Arauca hoy 22 de Septiembre de 2012.

Cordialmente,

SERGIO H. GARCIA P.
Jefe de Recurso Humano
SICIM COLOMBIA

icim colombia
Sucursal de SICIM S.p.A.
Carrera 11 No. 86-53 Piso 7
Bogotá D.C. – Colombia
NIT. 900412681-8

SICIM COLOMBIA
(Sucursal de SICIM S.p.A.) 30564

Para dar cumplimiento a la Obligación 7ª del artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo.

C E R T I F I C A:

Que el señor(a) **ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE** identificado(a) con la cedula de ciudadania No.**75059524** de LA MERCED , laboro en nuestra compañía desde el 10 de noviembre de 2011, hasta el 11 de abril de 2012, desempeñando el cargo de **OPERADOR DE GRUA ,** para la Ejecución del Contrato, **OLEODUCTO BICENTENARIO DE COLOMBIA S.A.S. CONTRATO DE CONSTRUCCION PB-CT-016.**

Igualmente informamos que durante su vinculación a esta Empresa y por instrucción directa del trabajador fue afiliada a la salud EPS – CAFESALUD y en Pensión a la AFP - HORIZONTE.

Se expide en Tame Arauca hoy 11 de abril de 2012.

Cordialmente,

SICIM COLOMBIA
Sucursal de SICIM S.p.A.
RECURSOS HUMANOS

SERGIO H. GARCIA P.
Jefe de Recurso Humano
SICIM COLOMBIA

1140594

ISMOCOL DE COLOMBIA S.A.

NIT: 890209174-1

CERTIFICADO Nº 19143

CERTIFICADO DE TRABAJO

PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION 7a DEL ARTICULO 57 DEL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO

CERTIFICAMOS

Que el señor FIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE , identificado con la cédula de ciudadanía Nº 75059524, presto sus servicios a esta Empresa, desde el 14 de Mayo de 2011 hasta el 19 de Octubre de 2011.

A la terminacion del contrato de trabajo desempeñaba el cargo de OP. GRUA 0-30 TON con una asignacion salarial de $ 63,796.00 Diarios y su retiro se debio a: TERMINACION LABOR CONTRADA -

OBRA: Contrato 5209154 CONTRATO No.5209154 PLANIA DE O
AS CUPIAGUA PARA ECOPETROL - CONVENCIONAL

ISMOCOL DE COLOMBIA S.A.

ISMOCOL DE COLOMBIA S.A
Administrador

AIRO CARRILLO SALAZAR
DMINISTRADOR

UAZUL , Octubre 27 de 2011

11 4060

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Certificamos que el Señor, ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE identificado con cedula de ciudadania No. 75'059.524 de La Merced (Caldas), se desempeño como **OPERADOR DE GRUA** en nuestra compañía, cargo que desempeño desde el nueve (09) de abril del año dos mil diez (2010) hasta el nueve (09) de mayo del año dos mil once (2011).

La presente certificación se expide por solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá a los nueve (09) días del mes de mayo del año dos mil once (2011).

Cordialmente,

JULIO JOSÉ VELÁSQUEZ PÉREZ.
Recursos Humanos.

Carrera 129 No. 17 I - 54 • Teléfonos 5491455 - 4180856 • E-mail: info@icmo.com.co
Bogotá D.C. - Colombia

11406

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Certificamos que el Señor, ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE identificado con cédula de ciudadanía No. 75'059.524 de La Merced (Caldas), se desempeño como **APAREJADOR** en nuestra compañía, cargo que desempeño desde el siete (07) de abril del año dos mil ocho (2008) hasta el nueve (09) de abril del año dos mil diez (2010).

La presente certificación se expide por solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá a los nueve (09) días del mes de mayo del año dos mil once (2011).

Cordialmente,

JULIO JOSÉ VELÁSQUEZ PÉREZ.
Recursos Humanos.

Carrera 129 No. 17 I - 34 • Teléfonos 5492455 - 4180064 • E-mail: info@icmo.com.co
Bogotá D.C. - Colombia

11406

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Certificamos que el Señor, ELIAS FERNANDO CORTEZ BUSTAMANTE identificado con cédula de ciudadanía No. 75'059.524 de La Merced (Caldas), se desempeño como **MONTADOR DE ESTRUCTURAS METALICAS** en nuestra compañía, cargo que desempeño desde el primero (01) de marzo del año mil novecientos noventa y cuatro (1994) hasta el siete (07) de abril del año dos mil ocho (2008).

La presente certificación se expide por solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá a los nueve (09) días del mes de mayo del año dos mil once (2011).

Cordialmente,

JULIO JOSÉ VELÁSQUEZ PÉREZ.
Recursos Humanos.

114063

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 75.059.524

CORTEZ BUSTAMANTE

APELLIDOS

ELIAS FERNANDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1971

LA MERCED
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-SEP-1989 LA MERCED
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0912400-00153275-M-0075059524-20090319 0010469054A 1 3065965J

1140641

Benigno Palacio Raga

Hoja de Vida

Dirección: Barrió Olaya Sector Rafael Núñez
Calle del Tancon Calle Pambele No 50-60
Teléfono: 310 3482227

Perfil Personal

Soy una persona con formación humana, proactiva, creativa, y con excelentes relaciones interpersonales para trabajar en equipo orientadas al logro de resultados, realizar las labores que se me asignen e interesado en fortalecer mis conocimientos y asumir nuevos retos que contribuyan al crecimiento laboral.

Datos Personales

Lugar de Nacimiento: Cartagena / Bolívar
Fecha de Nacimiento: 5 de abril de 1976
Cedula de ciudadanía: No 73.578.676de Cartagena
Estado civil: Unión libre

Estudios Realizados

Bachillerato: INEM
Bachiller Académico /1995
Otros estudios:
Instalación de redes de abasto y desagüe en edificaciones residenciales y comerciales (Plomería) SENA Cartagena /2012
Auxiliar de contabilidad / ESETEC Cartagena / 2000

Benigno Palacio Raga

Hoja de Vida

Experiencia Laboral

CMG
Cargo: Montador de estructuras
Tiempo de servicio: 18 meses
Jefe inmediato: Helmut Pérez
Teléfono: 310 6988231

Referencias Personales

Nombre: Aura Cristina Palomino
Ocupación: Comerciante
Teléfono: 305 3165253

Nombre: Policarpa Cuesta B.
Ocupación: Comerciante
Teléfono: 301 7500107

Referencias Familiares

Nombre: Nohemi Raga Palacio
Ocupación: Auxiliar de enfermería
Teléfono: 304 6389007

Nombre: Estebana Madero Palacio
Ocupación: Administradora de empresas
Teléfono: 300 7514973

Benigno Palacio Raga
C.C. No 73.578.676 de Cartagena

1140666

Bogotá, julio 25 de 2019

A QUIEN INTERESE

Con la presente certificamos que el señor BENIGNO,RAGA, CC 73.578.676 de Cartagena de indias. Labora en nuestra empresa en el cargo de armador-montador de estructura metálica, desde aproximadamente 3 meses proyecto desarrollado en el parque el tunal, con contrato a término de obra con salario de $1.900.000.

La siguiente se hace a petición del interesado

Sin otro motivo

Carlos Torres B

CARLOS TORRES BUELVAS
Dirección de obra parque el tunal
Tel: 3008055060

CONSTRUCCIONES
Y
MONTAJES GENERALES SAS

A solicitud del interesado y con destino a
QUIEN INTERESE

CERTIFICAMOS:

Que el señor **BENIGNO RAGA PALACIO** identificado con cédula de ciudadanía número 73.578.676, laboro en la Empresa **CMG CONSTRUCCIONES Y MONTAJES GENERALES S.A.S** con el cargo de **MONTADOR ,**) desde 03 de septiembre de 2020 hasta 12 de abril de 2022 con un contrato de trabajo por obra o labor, devengando un salario básico mensual de **UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 1.300.000) M/CTE**

Para constancia de lo anterior se firma a los 12 días del mes de Abril de 2022

Atentamente

HELMUT PEREZ ESPINOSA
Gerente

CALLE 21 # No 36 K 01 Tels 7551724-7551725-
E-mail talentohumano@cmgsas.co

BOGOTA D.C - COLOMBIA

IRECSA LTDA.
NIT 806 014 121-8

ISO 9001:2000 BUREAU VERITAS Certification

Ingeniería Mecánica, Reparación y Construcción de Estructuras Industriales y Navales - Suministros y Asesorías

1408

CERTIFICA QUE:

EL señor BENIGNO RAGA PALACIO identificado con cédula de ciudadania N° 73.578.676 de Cartagena (Bolivar), laboro con nosotros desempeñándose como PAILERO ESTRUCTURAL, en las reparaciones navales de los diferentes proyectos realizados en el Astillero COTECMAR, devengando un salario básico mensual de $ 1'400.000 (un millón cuatrocientos mil pesos mcte), así:

- M/N CYPRESS POINT, desde el 14 agosto hasta el 27 de septiembre de 2007.
- M/N ANA B., desde el 01 de mayo hasta el 24 de junio de 2007.
- M/N INDUSTRIAL ACHIEVER, desde el 14 de febrero hasta el 17 de marzo de 2007.

El señor Benigno Raga, demostró ser una persona seria, honesta y responsable.

Se firma a solicitud del interesado, en la ciudad de Cartagena a los 4 dias del mes de Octubre de 2007.

Ing. RICARDO TENORIO CHAMORRO
Gerente IRECSA LTDA.

Santa Clara Mz A Lt 3
Telefax: 6674152 Cel 3107244847 3107244848
E-mail: irecsaltda@telecom.com.co
Cartagena - Colombia

11409

FABRICACIÓN Y MONTAJES TORRES

Nit: 9008222206

PAPAYAN - CAUCA

CERTIFICACIÓN LABORAL

AQUIEN INTERESE:

Por medio de la presente certifico que el señor **BENIGNO RAGA PALACIOS**, identificado con cedula de ciudadanía **# 73.578.676** de Cartagena, labora en la compañía desde octubre el 2017 desempeñándose como **ARMERO – Montador** con un contrato por obra labor devengando un salario mensual de 1:200.000b mas viáticos y estadía.

Durante este tiempo ha demostrado responsabilidad en las labores en comendadas, cumplimiento y honestidad.

Para constancia de lo anterior se firma en Popayán Cauca a los 21 días del mes de marzo del 2018

Atentamente,

Jairo Niño
Director de Obra
3006950006

PEDRO MANUEL TAPIA GARCIA

INGENIERIA CIVIL, SANITARIA Y AMBIENTAL

EL INGENIERO **PEDRO MANUEL TAPIA GARCÍA**

CERTIFICA

QUE EL SEÑOR **BENIGNO RAGA PALACIO** IDENTIFICADC CON LA CEDULA DE CIUDADANIA 73.578.676 DE CARTAGENA, LABORÓ EN LOS PROYECTOS DE CONSTRUCCION DEL EDIFICIO ALTO BOSQUE, ADECUACION DE LA SEDE DE RICAURTE CENTRO PARA LA INDUSTRIA PETROQUIMICA DEL SENA REGIONAL BOLIVAR, CONSTRUCCION DEL EDIFICIO SANDALO EN EL BARRIO CANAPOTE DE LA CIUDAD DE CARTAGENA, DESDE FEBRERO DE 2010 HASTA NOVIMBRE DE 2011, REALIZANDO LABORES DE MAMPOSTERÍA, INSTALACIÓN DE REDES DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO, CONSTRUCCION DE ESTRUCTURAS, CONSTRUCCION DE PISOS Y PLANTILLAS, INSTALACION DE ENCHAPES CERAMICOS, INSTALACION DE APARATOS SANITARIOS, PINTURA E IMPERMEABILIZACION DE CUBIERTAS Y VIGAS CANALES, DESEMPEÑANDOSE A CABALIDAD TANTO EN LO PROFESIONAL COMO EN LO PERSONAL.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA LA PRESENTE, A SOLICITUD DEL INTERESADO EL DÍA 05 DE DICIEMBRE DE 2011.

PEDRO TAPIA GARCIA

CC: 9.172.996 DE SAN JACINTO BOLIVAR.

TP: 13202-33059 DE BLV

CARTAGENA DE INDIAS COLOMBIA: URBANIZACION LOS CORALES, MANZANA N, LOTE 9
TEL: 312-6967391

CARTA DE RECOMENDACIÓN

Yo Alfredo Palomino Martinez mayor de edad y quien me identifico con la cédula de ciudadana N° 7315764 de Cartagena de Bolivar, doy constancia de conocer amplia mente al señor BENIGNO RAGA PALACIO, identificado con la cédula de ciudadania N° 73578676 de Cartagena Bolivar, a quien recomiendo, por ser una persona honesta, de buenas costumbres y comprometido con los objetivos trazados por la entidad donde labore, por eso es digno de mi recomendación.

Esta constancia la expido a los 23 días del mes de Mayo del 2017.

Cordialmente,

ALFREDO PALOMINO MARTINEZ
C.C N°7315764 de Cartagena Bolivar
Tel: 3976893 Cel: 301-683-96-59

114072

La República de Colombia
y en su nombre

El Instituto Nacional de Educación
Media Diversificada INEM

" José Manuel Rodríguez Torices "

Cartagena - Bolívar

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución
No. 15905 del 17 de octubre de 1984

Confiere a

Benigno Raga Palacio

Identificado(a) con C.C. No. 73 ' 578 . 676 Expedida en Cartagena

El Título de

Bachiller Comercial

Modalidad Contabilidad

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

Rector

Secretaria

José Ramón Mercado

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 1 Folio No. 412 Diploma No. 823

Dado en Cartagena, a 15 de diciembre de 1995

114093

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2026

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 73578676
NOMBRES Y APELLIDOS	Raga Palacio,Benigno
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Raga Palacio,Benigno , a los 09 días del mes de febrero del año 2026.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y CONFINADOS

INSTITUTO RR

CENTRO DE ENTRENAMIENTO HACE CONSTAR QUE:
BENIGNO RAGA PALACIO

Identificado con
Cédula de ciudadanía Nº 73578676

EMPRESA: ICMO SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
NIT: 800078011-9
R. LEGAL: CAMILO TORRES NOPE, con documento 19305797
ARL: AXA COLPATRIA

Cursó y aprobó la acción de formación en

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

Realizado en Bogotá del (21) del mes de marzo de 2025 al (21) del mes de marzo de 2025 con una intensidad de 8 horas.

DAYANN STEPHANIE SANCHEZ PEREZ
1000619268
Licencia SO N° 5103

Edwin Johan Rivera
C.C. 1.023.911.376
Representante Legal
Instituto Educativo RR

4895

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (21) del mes de marzo de 2025

De conformidad con la AUTORIZACIÓN N° 08SE2024220000000051285 del 31 de Octubre de 2024 emitida por el ministerio de trabajo, con certificación de calidad # 30.512 emitida por CELAC con acreditación de la ONAC 18-CPR-002, licencia en salud ocupacional LIC. SST N° 17245 DE 7/05/2014 que autoriza a la empresa INSTITUTO RR S.A.S ubicada en Bogotá D.C en Cr 72D No.38 B Sur 57, con NIT 901807119. Para la capacitación y entrenamiento para trabajo en alturas en cumplimiento a la resolución 4272 de 2021.
VERIFICACIÓN correo Rr.edusas@gmail.Com

114074

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: xxxx0a07-59f9-4dee-b403-8048d887f3fe

Nombres y apellidos / Full name: **BENIGNO RAGA PALACIO**

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

Número de identificación / ID Number: **7 3 5 7 8 6 7 6**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **05/04/1976**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre amarilla	Primera dosis	19	01	2016	Fiebre Amarilla - SANOFI PASTEUR	L5180	Centro de Salud Terminal Ternabs	
TD Adulto	Primera	23	4	2016		D2222	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN	
COVID MODERNA	Primera	7	8	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	039819	HOME SALUD SAS	MARIA ALEJANDRA DAZA BECERRA
COVID MODERNA	Segunda	16	12	2021	Moderna Biotech	005I21A	HOME SALUD SAS	JINETH MARCELA SARMIENTO QUITIAN
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	27	8	2022	PFIZER	FC4874	HOME SALUD SAS	PAULINA ASTRID ZAMBRANO CANCELADO

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

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

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

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

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Immunization - 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.

11407676

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **73.578.676**

RAGA PALACIO

APELLIDOS

BENIGNO

NOMBRES



Benigno Raga P.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-1976**

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-ENE-1995 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0500150-00652447-M-0073578676-20141216 **0041**952173A 2 6003106101

11407

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 9 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 73578676
Nombre	: BENIGNO RAGA PALACIO
Empresa/Contratante	: ICMO SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 800078011
Fecha de Afiliación a CCF	: 2023/08/22
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2023/08/20
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a a quien le interese y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código NxJW6fAdH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

114038

AXA COLPATRIA

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9015004 correspondiente a la empresa Icmo Sociedad Por Acciones Simplificada.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
BENIGNO RAGA PALACIO	C.C.	73,578,676	20/08/2023	RIESGO V	6.960	PUERTO BRISA

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 9 de febrero de 2026 a las 07:00:13 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAGA PALACIO BENIGNO** identificado(a) con **CC** número **73.578.676** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de febrero de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de febrero de 2026.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

20260209120

11408

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 31/01/2026, el empleador MEYAN SA identificado con NIT número 800143586 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9892090	31/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1120379559	DANIELSTIVEN HERNANDEZ RADA	1750905	CONDUCTOR VOLQUETA	2026-02-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 31 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

114087

Medellín, 31 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000070 TALLER CASANARE - META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1120379559	HERNANDEZ RADA DANIEL STIVEN	02/02/2026		4300220*	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 31/01/2026 10:15:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.115.95, 192.230.104.14, 172.16.42.57

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

11982

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: **DANIEL STIVEN HERNANDEZ RADA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 0 3 7 9 5 5 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **22/07/1996**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3212087702**

Correo electrónico / e-mail: **notiene@hotmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Fiebre Amarilla	Única	6	10	2016		M50101	VISTA HERMOSA CENTRO DE ATENC	
COVID SINOVAC PARTICULAR	Primera	30	10	2021		202106096I	VILLAVICENCIO MULTISALUD IPS	MARGARITA DE JESUS SIMANCA MENDOZA
COVID SINOVAC PARTICULAR	Segunda	29	11	2021		20230531	VILLAVICENCIO MULTISALUD IPS	NANCY GUTIERREZ PRECIADO
TD Adulto	Primera	21	11	2024		220080423	CENTRO DE ATENCION VISTA HERMOSA	SANDRA ADAMES
TD Adulto	Segunda	26	1	2026	Serum	2334L010B	CENTRO DE ATENCION URIBE - META	ANDREA VIVIANA MAHECHA ZAPATA - CC1119947512 - Activo

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

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

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

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

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

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

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

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

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion - Rubeola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica	8/10/16	M50101	Sandra Adames.
Toxoide Tetanico - Diftenico (Td)	1	21/11/24	2208004230	Sandra Adames.
	2	28.01.26	2334X006A	Vivian Machado
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Influenza.	1	14/10/22	W3B07	Lolsa M.
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Sinovac. Covid 19	1ª	30/10/21	2021060961	Margarita de Jesus
	2ª	29/11/21	20230631	Nancy Gutierrez.
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Powered by CamScanner

114083

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

Consérvelo

e requiera el certificado internacional de vacunación
, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: DANIEL STIVEN

Apellidos: HERNANDEZ RADA.

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

Número de documento: 1 1 2 0 3 7 9 5 5 9

Fecha de nacimiento: Día 2 2 Mes 0 7 Año 1 9 9 6

Powered by CamScanner

114084


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.120.379.559
HERNANDEZ RADA

APELLIDOS
DANIEL STIVEN

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1996
VISTA HERMOSA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

14-AGO-2014 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

11408

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:

DANIEL STIVEN HERNANDEZ RADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.379.559,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

CERTIFICA QUE

DANIEL STIVEN HERNANDEZ RADA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1120379559 de granada

PARTICIPO EN LA CAPACITACIÓN DE

MECANICA BASICA
COD..280601019

Aprobó el día 26-08-2025 - Válido hasta 26-08-2026

Con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

124737

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

CERTIFICA QUE

DANIEL STIVEN HERNANDEZ RADA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1120379559 de granada

PARTICIPO EN LA CAPACITACIÓN DE

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

Aprobó el día 23-08-2025 - Válido hasta 23-08-2026

Con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

124736

Luis Carlos Ayala Montaño
Director Académico

Carlos Alfonso Hernández
Gerente

QR Código de Verificación

MINISTERIO DE TRANSPORTE

RUNT

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

1140849

CERTIFICA QUE

DANIEL STIVEN HERNANDEZ RADA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1120379559 de granada

PARTICIPO EN LA CAPACITACIÓN DE

PRIMEROS AUXILIOS COD. 270101093-2

Aprobó el dia 28-08-2025 - Válido hasta 28-08-2026

Con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

124738

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

1141090

COTRANSVIAL

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

CERTIFICA QUE

DANIEL STIVEN HERNANDEZ RADA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1120379559 de granada

PARTICIPO EN LA CAPACITACIÓN DE

ALISTAMIENTO DE VEHICULO

Aprobó el día 02-09-2025 - Válido hasta 02-09-2026

Con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

124740

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

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

11491

SC CER

SC CER

SC CER

SC CER

CERTIFICA QUE

DANIEL STIVEN HERNANDEZ RADA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1120379559 de granada

PARTICIPO EN LA CAPACITACIÓN DE

NORMAS DE TRANSITO Y SEGURIDAD VIAL COD. 280601068

Aprobó el día 30-08-2025 - Válido hasta 30-08-2026

Con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

124739

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

CERTIFICA QUE

DANIEL STIVEN HERNANDEZ RADA

Identificado con Cédula de Ciudadanía 1120379559 de granada

PARTICIPO EN LA CAPACITACIÓN DE

MANEJO DEFENSIVO Y PREVENTIVO
COD. 254632323-2

Aprobó el día 21-08-2025 - Válido hasta 21-08-2026

Con una intensidad horaria de 60 Horas

En constancia se refrenda con sello y firma

124735

Luis Carlos Ayala Montaño
Director Académico

Carlos Alfonso Hernández
Gerente

QR Código de Verificación

MINISTERIO DE TRANSPORTE

RUNT

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1120379659

DANIEL STIVEN HERNANDEZ RADA

22-07-1996

A+

31-01-2024

STRIA TTOyTTE MCPAL VILLAVICENCIO



CATEGORIAS AUTORIZADAS

	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	RESTRICCIONES
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	31-01-2034	PARTICULAR
B2	AUTOMOVIL, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	31-01-2034	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	31-01-2027	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02006104572

Cofrem

FORMATO

"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

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

2026/02/09 **10:44 am** **Radicado:** 3726501

Recibe: SHARON LIZZETH ACOSTA GUAYAZAN

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

Información Empresa:

Nit: 800143586 **Telefono:**6714357

Razón Sócial: MEYAN SA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1120379559 **Telefono:** 0

Nombre: HERNANDEZ RADA DANIEL STIVEN

Dependencia:

DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

1120379559 DANIEL STIVEN HERNANDEZ RADA

Observaciones:

1F

MULTIAFILIACION

REAFILIACION eduardomoreno@meyan.com.co

AFILIACION VIRTUAL

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 respalden la validez de los datos consignados en el formulario, por tanto su registro debe ser personal e intransferible.

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

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM
AV.40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818333 ext. 3861
Linea Amiga 6808320 e-mail serdiente@cofrem.co
Página Web www.cofrem.com.co
Vigilado Superintendencia del Subsidio Familiar

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

Vigilado Supersubsidio

1140911

11409S

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 al** 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** | Afiliación personas **a** cargo | **Reafiliación** | **Veteranos (Ley 1979/2019)**

Nombre de Empleador: Mepan S.A | NIT CC CE No. 800143586-1

Dirección Principal Empleador: K etapa via Uribe la Julia-Puente Rio Ocdo | Celular: 3143887796

DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: Hernandez | Segundo Apellido: Prado | Nombres: Daniel stiven | TI CE PEP PPT No: 1120379559

Fecha de Nacimiento: 22 07 1996 | Fecha de Expedición Documento: 14 08 2014 | Sexo: F NB | Celular: 3212087701

Cargo: Conductor Volqueta | Salario Básico Mensual: 1750.905.00 | Fijo | Variable | Tipo de Contrato: X | 1

Fecha de Ingreso: 02 02 2026 | Correo Electrónico: hernandezpradodaniel stiven1996@gmail.com

Dirección Residencia: Vereda Piñalito | Barrio/Vereda: Vereda Piñalito | Ciudad/Municipio: Puerto Gaitan | Rural | Urbano | País: Colombia

Resguardo: No | Pueblo Indígena: NO

Dirección de la Empresa donde Labora: K 5 etapa via Uribe la Julia | Barrio/Vereda: Versalles | Ciudad/Municipio: Uribe - Meta | Rural | Urbano | País: Colombia

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro:

SEÑALE CON UNA X

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

PERTENENCIA ETNICA

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

FACTOR VULNERABLE

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

DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

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

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

Correo Electrónico: | Celular:

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

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

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

DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE DEL EMPLEADOR	NIT	FECHA DE INGRESO

Recuerde que aun si la madre de los **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 mismos y los datos solicitados a continuación.

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

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido suministrada **por** mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la relación de las mismas sobre salarios inexistentes es causal de desafiliación según el artículo 65 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 si misma o mediante su vinculo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios, eventos, programas, alianzas, estudios, convenios, ofertas, ventas, promociones o mensajes relacionados con los mismos y demás actividades **relacionadas.**
- **Mantener 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 alcance 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 nuestra cuenta por obligación **legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento** y seguridad de los datos personales debidamente mantenemos.

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

Vigilado Superintendencia

Diana Hernandez
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL EMPLEADOR

FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR

FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza **el uso de la huella o la firma a ruego en presencia del Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y 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 mis datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

11 4096


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.120.379.559
HERNANDEZ RADA

DANIEL STIVEN

Daniel Stiven Hernandez


FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1996
VISTA HERMOSA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
14-AGO-2014 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

CONDUMETA SAS

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Resolución No. 1500-56.03 / No. 4246 15 dic. 2014

SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

YEISSON ANDRES CAICEDO GUTIERREZ

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1120375098 de GRANADA

Cursó y Aprobó

MANEJO DEFENSIVO TEORICO PRACTICO

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Dictado el 03-02-2026 - Válido hasta 03-02-2027

COD. VERIFICACIÓN
87500

SISCONMP

CARMELINA ARDILA RODRIGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL
COORDINADORA ACADEMICA

MinEducación

Cra 20 No. 36A-218 Jordán Paraíso - Villavicencio - Meta - Cel. 311 456 5314 - 313 446 6889 - 310 277 7771 - 321 320 1364

Email: infocondumeta@gmail.com - www.condumeta.co

11409

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1120375098

YEISSON ANDRÉS CAICEDO GUTIERREZ

FECHA DE NACIMIENTO
08-12-1994

RH
O+

FECHA DE EXPEDICIÓN
22-04-2025

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL TTO GRANADA



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, CAMIONETA, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, VOLQUETA Y SUS	[illegible]	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, CAMIONETA, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, VOLQUETA Y SUS	[illegible]	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC10000384777

Cofrem

FORMATO
"RADICACIÓN DE DOCUMENTOS"

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

2026/02/13 **4:22 pm** **Radicado:** 3731840

Recibe: SHARON LIZZETH ACOSTA GUAYAZAN
Clasificación: REACTIVAR **Estado:** R **Asesor:** 462

Información Empresa:

Nit: 800143586 **Telefono:**5714357

Razón Sócial: MEYAN SA

Tipo Aportante: 1 EMPLEADOR APORTE 4%

Información Solicitante:

Documento: 1120375098 **Telefono:** 0

Nombre: CAICEDO GUTIERREZ YEISSON ANDRES

Dependencia:
DIVISION DE SUBSIDIOS

Documentos Presentados:

- **Formulario de inscripción del trabajador**

1120375098 YEISSON ANDRES CAICEDO GUTIERREZ

Observaciones:

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

Recuerda:

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
Cll 40 35-A-19 Villavicencio, Meta PBX 6818322 ext. 3861
Linea Amiga 6818325 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

6603411

114100

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:

YEISSON ANDRES CAICEDO GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.375.098**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 04/02/2026, el empleador MEYAN SA identificado con NIT número 800143586 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9921443	04/02/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1120375098	YEISSONANDRES CAICEDO GUTIERREZ	1750905	CONDUCTOR VOLQUETA	2026-02-05

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Febrero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ARL | sura

Medellin, 04 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 MEYAN S.A..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000070 TALLER CASANARE - META		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1120375098	CAICEDO GUTIERREZ YEISSON ANDRES	05/02/2026		S2417525	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/02/2026 17:10:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.116.129.201, 192.230.104.14, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

114102

114103

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name
YEISSON ANDRES CAICEDO GUTIERREZ

Tipo de identificación / ID Type
CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number
1 1 2 0 3 7 5 0 9 8

Fecha de nacimiento / Date of birth
05/12/1994

País nacimiento / Country of birth
COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number
NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail

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
Fiebre Amarilla	Única	27	2	2026		P3M811V	GRANADA E.S.E PRIMER NIVEL DE	ANGGY CAROLINA BEDOYA GOMEZ
COVID JANSSEN	Única	1	7	2021	Janssen	256A21A	CENTRO DE ATENCION MESETAS	MARTHA CASTRO GUAYARA
TD Adulto	Primera	27	9	2022	Serum	2336L021C	CENTRO DE ATENCION URIBE	ROSA NIDIAN BOHORQUEZ SANCHEZ
TD Adulto	Segunda	9	1	2025	Serum	2334L010B	CENTRO DE ATENCION URIBE - META	ANDREA VIVIANA MANRIQUE ZAPATA - CC1119947512 - Activo

TD. Adulto Tercera: Proxima Cita → 09- Junio- 2026

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

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

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

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

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB** according to the Wide **Program of Immunization - 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.

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Certifica que
Yuseth Andrés Taborda

This is to certify that (name) / Nous certifions que (nom)

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad
06-12-90 Macho colombiano

date of birth/ née(e) le Sexe/ de sexe nationality/et de nationalité

Documento nacional de identificación
1152375078

national identification document/ document d'identification national

Vacuna o profilaxis / Vaccin ou agent prophylactique	Fecha / Date	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación / Signature and professional status of supervising clinician / Signature et titre du clinicien responsable
Fiebre Amarilla	27 02 2020	Carolina Bedoya

4

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Cuya firma aparece a continuación:

whose signature follows /dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional

in accordance with the International Health Regulations

Conformément au Règlement sanitaire international

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis / Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis / Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificado válido / Certificate valid / Certificat valable	
Sanofi Pasteur	Desde / From / A partir du: 27/02/2020	Hasta / Until / jusqu'au: Perpetuo.

5

114109

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

Ciudad	Fecha	Empleo o cargo solicitado	Código cargo
Uribe - Meta.	D 03 M 08 A 2025	Conductor Volqueta.	

I. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Caicedo	Gutierrez	Yeison Andres

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

Lugar de nacimiento	(*) Fecha de nacimiento	(*) Estado civil
Granada - Meta	D 08 M 12 A 94.	Unión libre.

Dirección domicilio	Barrio	Teléfono
Uribe - Meta.	La Esperanza	3219256820

Cédula de ciudadanía: N°	(**) Libreta militar N°	Distrito M°	Primera clase:	Segunda clase:
1120375098	1120375098			X

Expedida en: Granada - Meta

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cms.

Licencia de conducción	¿Vivienda propia?	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
C2	Si ☐ No X	Ester Mendez	3209203799.	700.000

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

II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

	Establecimiento	Ciudad	Último grado cursado	Fecha
Primaria	Alfonzo montoya Pava. 5°	Granada	5°	
Bachillerato	General Santander	Granada	9°	
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)
La Porciúncula	Uribe - Meta.	

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Marisol Gonzales Pardo.	Conductor de Volqueta.

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final o actual
		$ 2'100.000	$ 2'100.000

Motivo del retiro: Voluntario

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)
Chorro azul.	Uribe - Meta.	3107972966

Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted
Blaimir Lopez.	Conductor de Volqueta.

Funciones realizadas

Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial	Sueldo final
		$ 1'800.000	$ 1'800.000

Motivo del retiro: Voluntario

Verificación *(Espacio exclusivo para el entrevistador)*

minerva

7 702124 007790 >

11/11/05

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

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

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o): Zuly Nayibe Montenegro	Profesión, ocupación u oficio: Ama de casa.	Empresa donde trabaja:	
Cargo actual:	Dirección:	Teléfono: 3222197159	Ciudad: Uribe-Meta
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante: 5	Parentesco: Esposa e Hijos.	Edades: 5meses, 5años, 11años, 28A.	
Nombre(s) padre(s): Filiberto Caicedo.	Profesión, ocupación u oficio: Comerciantes		
Odilia. Gutierrez.	Comerciantes.		

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Blamir Lopez	Ingeniero	Uribe-Meta	3107972966
2.-	Esperanza Doron	Agricultora.	Inspección la Julia.	3134306602.

VII. INFORMACION ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio		Amigo	X	¿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 mencionelos					

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

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

Firma del solicitante
C.C. 1120375098

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

Concepto primer entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
		Vo. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Conclusiones			Fecha
Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐		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

11407

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:41:36 AM horas del 14/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1120375098**

Apellidos y Nombres: **CAICEDO GUTIERREZ YEISSON ANDRES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 288561723

PIB
09:42:16
Hoja 1 de 01

114108

Bogotá DC, 14 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YEISSON ANDRES CAICEDO GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1120375098:

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 figuran en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

114109

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 14 de enero de 2026, a las 09:42:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1120375098
Código de Verificación	112037509826011409424 4

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

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	1120375098
NOMBRES	YEISSON ANDRES
APELLIDOS	CAICEDO GUTIERREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	GRANADA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/03/2025 10:00:28	**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