

minerva
10-03

Hospital Bloq.

es
redes



16-1-26

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Obligación su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: Empleo a cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellidos del aspirante: **Castiblanco Alviar**
Nombre(s) del aspirante: **Manuel David**
Fecha de nacimiento: **08/05/1973**
Lugar de nacimiento: **Barrancabermeja**
Dirección domicilio / Barrio: **calle 74A 34C 17**
Ciudad: **Barrancabermeja**
Teléfono: **3042986813**
Nº. Celular: **3042986813**
Correo electrónico: **yeinyscontreras@hotmail.com**
Nacionalidad: **Colombiano**



Profesión, ocupación u oficio: **Guarda seguridad - conductor union libre**
(*) Estado civil: **DOCUMENTACIÓN**
Años de experiencia laboral: **6 años**

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

Cédula de ciudadanía: ☒ No. **91-440-479**
Extranjería: ☐ Expedida en: **(*) Libreta militar No. 91-440479**
Primera clase: ☐
Segunda clase: ☐
Tarjeta profesional No.: **Distrito No. 91440479**
Categoría: **B2C2**
¿Tiene vehículo? ☒ Si ☐ No
Licencia de conducción No. **91440479**

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral
**Bachiller comercial, tengo experiencia en seguridad
Dinámico proactivo Honesto sincero puntualidad
compromiso responsabilidad**

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si ☐ No ☒	¿En qué empresa?	Empleado ☐ Independiente ☐	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si ☐ No ☒	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si ☐ No ☒	Fecha: 16-1-26	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si ☐ No ☒
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si ☐ No ☒	Nombre: Dependencia:	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☐ Amigo ☒ Redes Sociales ☐ Por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?	Dependencia
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si ☒ No ☐	Vive en casa: ☒ Familiar ☐ Propia ☐ Alquilada ☒	Nombre del arrendador	Teléfono: ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si ☐ No ☒	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$
¿Por qué conceptos?	¿Cuál es su principal afición? fútbol voleibol	¿Practica algún deporte? Si ☐ No ☒	¿Cuál(es)?
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si ☐ No ☒ ¿Cuál(es)?			

19706009

7 702124 007813

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Yenys Contreras		Profesión, ocupación u oficio Auxiliar Enfermera		Empresa donde trabaja Proyección life	
Cargo actual Enfermera		Dirección C/74A 34C17		Teléfono 3012809589	
No. de personas que dependen económicamente de usted ☐		Parentesco		Ciudad B/bermejón	
Nombre(s) padre(s) Lirida Ma Alviar		Profesión, ocupación u oficio Ortesana		Teléfono(s) 3042774404	
Nombre(s) hermano(s) Manuel A. Castiblanco Ruiz (f)		Profesión, ocupación u oficio Técnico en refrigeración		Teléfono(s) 3142025808	
Nombre(s) hermano(s) Giovanny cianci Alviar		Profesión, ocupación u oficio Operador		Teléfono(s) 310366866	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico ☐ Técnico ☐ Comercial ☒ Otro ☐	1993	6	Bachiller Comercial	Gimnasio Moderno	B/bermejón
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? ☐ Sí ☐ No		¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario ☐ Diurno ☐ Nocturno	Fin de semana ☐ A distancia ☐	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas ☐ Sí ☐ No	1.	R	B	MB	3.
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.
Idiomas ☐ Sí ☐ No	1.	Escucha		Lectura	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	Escritura		Habla	
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R

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 Sevicol Ltda		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Gerente Seguridad		Área del cargo		Fecha Ingreso 03/97	Fecha Retiro 68/2000	Sueldo Inicial \$	Sueldo Final \$
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato Giovanny Tobacía Díaz				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 Terminación contrato.			

Nombre de la empresa 645	Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Guarda Seguridad	Área del cargo	Fecha Ingreso 02/2011	Fecha Retiro 10/2012	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Funciones realizadas					
Nombre de su jefe inmediato Mauricio Salcedo		Cargo Coordinador			
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál?			
Fijo ☐		Contrato por medio de agencia ☐			
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐		Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐			
Motivo del retiro Terminación contrato					

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

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Nilson palma	Ocupación	Dirección Teléfono 3125579603
2.	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Dña Alvear	Ocupación Artesana	Dirección Teléfono 3123582724
2.	Nombre	Ocupación	Dirección Teléfono

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



Nota importante Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.	Certificación Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante Manuel castiblanco c.c. 91 440 479
---	---	--

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **91.440.479**

CASTIBLANCO ALVIAR

APELLIDOS

MANUEL DAVID

NOMBRES

Manuel castiblanco



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAY-1973**

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

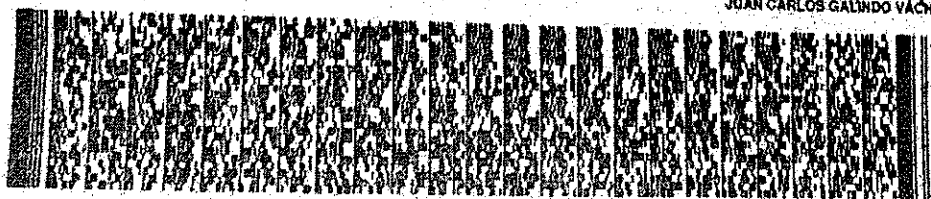
1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

30-AGO-1991 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA





INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL CASTILLO

NIT. 829.002.450-8

CÓDIGO DANE: 168081003261

Resolución de Aprobación de Estudios 1097 del 3 de Noviembre de 2006

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN DUPLICADO

En la ciudad de Barrancabermeja, a los treinta (30) días del mes de noviembre del año 1993 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los Alumnos(as) de ULTIMO GRADO, los suscritos Rector y secretaria del Colegio GIMNASIO MODERNO, institución aprobada hasta "NUEVA VISITA" en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 19211 del Tres (3) de noviembre 1983, para otorgar el Título de **BACHILLER COMERCIAL**.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los Alumnos(as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER COMERCIAL** al graduando(a) cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

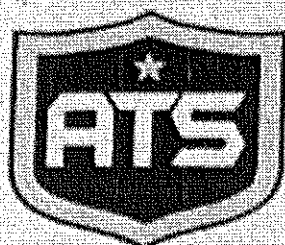
MANUEL DAVID CASTIBLANCO ALVIAR
CC. No. 91.440.479 expedida en Barrancabermeja.

Es fiel copia tomada del acta Original General No. 12 del 30 de noviembre de 1993 Diploma No 06, Folio 27 que consta de 28 educandos que comienza con el nombre de **MARTHA LILIANA ACUÑA MORENO** y se cierra con el nombre de **LEYLA ROCIO TORO HERNANDEZ**. Firmado y sellado por **ROCIO MARTINEZ SALAZAR (RECTORA (E) INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL CASTILLO)**.

NOTA: Es fiel copia tomada de su original que reposa en los archivos de la Institución Educativa El Castillo según Resolución de Cierre Definitivo del Colegio Gimnasio Moderno No. 463 de noviembre 2 de 2004.

Dado en Barrancabermeja a los 29 días del mes de septiembre de 2025.

Lic. ROCIO MARTINEZ SALAZAR
CC. 37.930.417 de Barrancabermeja
Rectora (E) según resolución No 2031 del 19 de septiembre de 2025
Institución Educativa El Castillo



**ACADEMIA
DE SEGURIDAD**
*Instruyendo Futuro
con toda seguridad*



República de Colombia
Ministerio de Defensa Nacional
Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada
ACADEMIA DE ESTUDIOS TÉCNICOS EN SEGURIDAD LTDA.
Licencia renovada según Resolución Supervigilancia No. 20151400072707 de 23 de Noviembre de 2015
Prorrogada mediante resolución 2020 4440014087 del 14 de abril de 2020



formando un

NIT. 804.007.315-3

CERTIFICA QUE:

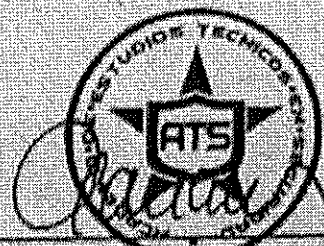
MANUEL DAVID CASTIBLANCO ALVIAR

Con Cédula de ciudadanía No. 91.440.479, asistió y aprobó el curso

REENTRENAMIENTO VIGILANCIA BÁSICO

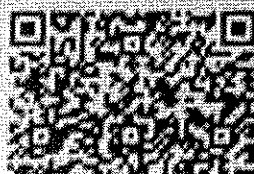
Expedido en la ciudad de BARRANCABERMEJA, el 21 de Octubre de 2025

Con una intensidad académica de 30 horas



GERENTE GENERAL

Andrés Ordóñez
DIRECTOR ACADÉMICO



Número SVSP: ECSP1058-M336909

Número Interno: 441260



Hospital
Elbermoya

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800076719
Número Afiliación: 9046887
Razón social: VIGILANCIA SANTA FERENA Y CIA LTDA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento: 91440479
Nombre: MANUEL DAVID CASTIBLANCO ALVIAR
Fecha Ingreso: 16/01/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 4
Tasa: 4.350
Fecha hora transacción: 15/01/2026 10:23:58 a. m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

En pos de tu bienestar

Nº. De Radicación

Fecha de Radicación
16/01/2026

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 ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotización A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	6. Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres Costa Blanco	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 91440479	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 08/05/1973
--	---	--	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: F ☒ A ☐ M ☐ Condición: T ☐ P ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Colpatra	16. Administradora de Pensiones Protección	17. Ingreso base de cotización - IBC 1750905	18. Residencia Calle 74a No. 34C-17 Barrancomameja
19. Teléfono Fijo 3047986813	20. Teléfono Celular 3047986813	21. Correo Electrónico braycostablanco@hotmail.com	22. Localidad/Comuna Santander

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

23. Apellidos y nombres Primer apellido: Segundo apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	24. Tipo de documento de identidad	25. Número del documento de identidad	26. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	27. Fecha de nacimiento
28. Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales: Apellidos y nombres	29. Tipo de documento de identidad	30. Número del documento de identidad	31. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	32. Fecha de nacimiento
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios:

33. Parentesco	34. Etnia	35. Discapacidad Tipo: E ☐ N ☐ M ☐ Condición: T ☐ P ☐
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		
36. Datos de residencia Municipio/Distrito: Zona: Urbana ☐ Rural ☐ Departamento: Teléfono Fijo y/o Celular:	37. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		
38. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	39. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

40. Nombre o razón social	41. Tipo de documento de identificación	42. Número del documento de identificación	43. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Unión de Trabajadores de Colombia	CC	800076719-5	
44. Ubicación	45. Dirección	46. Municipio	47. Departamento
Krasins 97a-25	7682777	Thimara	Boyacá

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 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 afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☒ 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

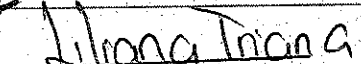
41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad: <input type="text"/>		Número del documento de identidad: <input type="text"/>	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>	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 interacción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. 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.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y del Decreto 1377 de 2012.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS 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 o representante responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Entidad
---	---

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad: 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 divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

☐ 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 en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio: <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha: <input type="text"/>	68. Fecha de radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <input type="text"/>
70. Datos del funcionario que realiza la validación		71. Firma del funcionario	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad: <input type="text"/>		Número del documento de identidad: <input type="text"/>	

OBSERVACIONES:

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

- Dashboard
- Afiliaciones
- Consultar Afiliación
- Descargar certificado
- Registrar afiliación
- Prestaciones Económicas
- Consultar estado de incapacidades
- Registrar incapacidad
- Medicina Laboral
- Solicitud de calificación de origen
- Solicitud de calificación pérdida capacidad laboral
- Solicitud de concepto de rehabilitación
- Cerrar sesión

Fecha inicial:

16/01/2026

Fecha fin:

16/01/2026

Estado solicitud:

En Proceso



Mostrar 10 registros

Buscar:

NUMERO CASO	TIPO ROVEDAD	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO	FECHA INGRESO	PERIODO DE PENSION	SALARIO	ESTADO
API-00052047	Movilidad al régimen contributivo	CD	91440479	2008-03-15	PROTECCION	\$ 1.750.905,00	Nuevo

Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros

Primero Anterior 1 Siguiendo Ultimo



RADICADO CÉ-20260011821

FECHA 16/01/2026

Número personas a cargo	0
-------------------------	---

Wig11 Apg SuperSubsidio 8



An ALLIED UNIVERSAL Company

**EL SUSCRITO DIRECTOR DE SALARIOS
G4S SECURE SOLUTIONS COLOMBIA S.A.
NIT 869013951**

CERTIFICA

Que el señor **MANUEL DAVID CASTIBLANCO ALVAR** identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.440.479, laboró en nuestra empresa con contrato a termino indefinido, desde el 22 DE FEBRERO DE 2011 hasta el 26 DE OCTUBRE DE 2012, desempeñando el cargo de **VIGILANTE**.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado el día 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025.

Atentamente,

G4S SECURE SOLUTIONS COLOMBIA S.A.

CARLOS ARTURO ACOSTA NIÑO
Director De Salarios

Para verificar esta certificación comuníquese exclusivamente a la División De Compensación Y Salarios Línea De Atención Nacional 121 254 0400 (línea 11) o al 100 No. 14, 30 Piso 2 Edificio Comercio 100 Bogotá.